

Hvilke faktorer påvirker variasjonen i bruken av psykiatriske takster?

*En kvantitativ studie om hvilke geografiske og
økonomiske faktorer som påvirker variasjonen i
fastlegenes bruk av takster i psykiatri*

Leo Zhang



Masteroppgave
The Master's Degree program in Health Economics, Policy
and Management
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

16.02.2015

© Leo Zhang

2015

Hvilke faktorer påvirker variasjonen i bruk av psykiatriske takster?

Kvantitativ studie om hvilke geografiske og økonomiske faktorer som påvirker variasjonen i fastlegenes bruk av takster i psykiatri

Leo Zhang

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Psykisk lidelse er den sykdomsgruppen som medfører flest tapte arbeidsår ved uførepensjon. Det er mulig å forebygge mot de mest kostnadskrevene behandlingene av denne sykdomsgruppen. Studien ønsker å bidra til å få en bedre oversikt og kunnskap over utviklingen av den psykiske helsen i befolkningen.

På lang sikt kan en variasjon i fastlegenes bruk av psykiatriske takster si noe om forholdet mellom etterspørsel og tilbud etter psykiske tjenester på primært nivå. Ved å analysere variasjonen i bruken av psykiatriske takster fra et geografisk og økonomisk perspektiv, gis det mulighet til å få en bedre oversikt og kunnskap over primærhelsetjenester i psykiatri. Noe som kan bidra til færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Studien er kvantitativ og har analysert dataen fra Helseøkonomiskforvaltningen. Dataen omhandler fastlegenes takstbruk i psykiatri for 2012. Det er brukt multipl regressjonsanalyse til å analysere om det er en samvariasjon mellom variasjonen i bruken av psykiatriske takster og sosiodemografiske faktorer. Studien har også undersøkt om det er en sammenheng mellom en endring i honorarets sammensetning (refusjons + egenandel) i de ulike psykiatriske takstene og bruken av de takstene.

Det gis støtte til en korrelasjon mellom variasjonen i bruken av psykiatriske takster og geografiske og økonomiske faktorer. Studien kan dermed bidra med antakelser og mulige forklaringer bak variasjonen i bruken av de psykiatriske takstene, og i forbruket av de psykiatriske takstene mellom kommunene.

Studien har blant annet gitt støtte til en samvariasjon mellom en økning i folketettheten og en økning i snittforbruket av psykiatriske takster per innbygger, og antyd at det er lite sammenheng mellom en endring i økonomiske virkemidler og høyere forbruk av psykiatriske takster.

Forord

Jeg vil takke min veileder, Hans Olav Mellberg, for veiledningen, og for at jeg fikk muligheten til å undersøke et tema som jeg var interessert i. Takk til dere som har støttet meg under arbeidet av studien.

Leo Zhang
Oslo 16.12.2015

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Studiens oppbygging	2
2	Bakgrunn	3
2.1	Kommunens ansvar for primærhelsetjenester	3
2.1.1	Kommunens ansvar for fastlegeordningen.....	4
2.2	Generell forekomst av psykiske lidelser.....	4
2.2.1	Debut av psykiske lidelser.....	4
2.3	Litteratur om geografisk variasjon i forbruk	5
2.3.1	Litteratur om fastlegenes tilgjengelighet overfor psykiske pasienter.....	6
2.4	SSBs fremgangsmåte for å sammenligne mellom kommuner.....	6
2.5	HELFO (Helseøkonomiskforvaltningen) - Takstbruk.....	8
3	Teori: Monetære insentiver	9
4	Datasamling og metoder.....	11
4.1	Studien	11
4.2	Personvern og ansvar	11
4.3	Datasamling	11
4.4	Analysering.....	13
4.4.1	Analyse av endring over tid	13
4.4.2	Regresjonsanalyse	13
4.4.3	Hva har studien utelatt.....	13
4.4.4	Avhengige variabler	15
4.4.5	Uavhengige variabler	15
4.4.6	Begrensninger ved datasettet.....	15
5	Problemstilling del 1: Samvariasjon mellom sosiodemografiske faktorer og forbruket av psykiatriske takster.....	17
5.1	Hypoteser.....	17
5.2	Resultater	20
5.2.1	Multipel regresjonsanalyse.....	21
5.2.2	Multipel regresjonsanalyse med RHF	21
5.2.3	Multipel regresjonsanalyse med fylker	23
5.2.4	Radargrafer.....	25

5.3	Diskusjoner.....	27
6	Problemstilling del 2: Sammenheng mellom økonomiske virkemidler og bruken av psykiatriske takster.....	31
6.1	Resultater.....	31
6.2	Diskusjoner.....	35
7	Figurer.....	39
8	Konklusjon.....	42
	Litteraturliste.....	45
	Vedlegg.....	48

Figuroversikt:

Figur 1: Fordeling av snittforbruket av psykiatriske takster mellom kommuner i helseregioner.....	25
Figur 2: Fordeling av snittforbruket av psykiatriske takster mellom fylker på Sørlandet og Telemark.....	26
Figur 3: Fordeling av snittforbruket av psykiatriske takster mellom fylker på Vestlandet.....	26
Figur 4: Forholdet mellom prosentvisendring i honorar og total takst.....	33
Figur 5: Forholdet mellom folketetthet og takst 615o og 616o.....	39
Figur 6: Forholdet mellom folketetthet og takst 624a og 624b.....	40
Figur 7: Forholdet mellom folketetthet og takst 625a og 625b.....	40
Figur 8: Forholdet mellom folketetthet og takst 621a og 621b.....	41
Figur 9: Forholdet mellom folketetthet og takst 621c og 621d.....	41

Tabelloversikt:

Tabell 1: 17 Psykiatriske takster.....	14
Tabell 2: Deskriptiv statistikk av psykiatrisk takstbruk.....	20
Tabell 3: Multippel regresjonsanalyse med RHF, takst 615o.....	21
Tabell 4: Multippel regresjonsanalyse med RHF, takst 616o.....	22
Tabell 5: Multippel regresjonsanalyse med fylker, takst 615o.....	23
Tabell 6: Multippel regresjonsanalyse med fylker, takst 616o.....	24
Tabell 7: Sum utbetalt refusjon og total takst.....	31
Tabell 8: Honorar, refusjons- og egenandel.....	32
Tabell 9: Ingen prosentvis endring i honoraret.....	34
Tabell 10: Prosentvisendring i honoraret.....	34

Forkortelser av ord:

Primærtjenester: Primærhelsetjenester

Spesialisttjenester: Spesialisthelsetjenester

Per innb.: Per innbyggere

FTpKM²: Folketetthet per Km² landareal

Snitt per 100 000: Snittforbruket av en psykiatrisk takst per 100 000 innbyggere

Maks: Maksimumsverdi av en psykiatrisk takst per 100 000 innbyggere

Min: Minimumsverdi av en psykiatrisk takst per 100 000 innbyggere

Std: Standard avvik av psykiatrisk takst per 100 000 innbyggere

Per 100 000: Per 100 000 innbyggere

Total regr: Total registrerte psykiatriske takster på landsbasis.

Sum utb. Ref.: Sum utbetalt refusjon

Tot. Takst: Total takst

Gjen. Ref.: Gjennomsnitt refusjon mellom perioden 11-12 og 12-13

Gjen. Takst: Gjennomsnitt takst mellom perioden 11-12 og 12-13

% endr. utb. Ref.: Prosentendring i utbetalt refusjon.

% endr. Tot. Takst: Prosentendring i total takst.

Hon.: Honorar

Ref. : Refusjon

Egen.: Egenandel

% endr. Hon.: Prosentendring i honorar.

% endr. Ref.: Prosentendring i refusjon.

% endr. Egen: Prosentendring i egenandel.

Helse S-Ø: Helse Sør-Øst

Helse V: Helse Vest

Helse M: Helse Midt

Helse N: Helse Nord

1 Innledning

Psykisk lidelse er den sykdomsgruppen som medfører flest tapte arbeidsår ved uførepensjon. (Folkehelseinstituttet[FHI], 2009) Det er mulig å forebygge mot de mest kostnadskrevende behandlingene av denne sykdomsgruppen.(Holte, 2012:s.693) Derfor er det viktig for samfunnet å ha oversikt og kunnskap over utviklingen av den psykiske helsen i befolkningen. Det bidrar til god planlegging av forebygging og videreutvikling av gode helsetjenester.

Studien ønsker å bidra til å få en bedre oversikt og kunnskap over utviklingen av den psykiske helsen i befolkningen. Den skal se på fastlegenes takstbruk i psykiatri fra et økonomisk og geografisk perspektiv. Det innebærer om det er en korrelasjon mellom variasjonen i bruken av psykiatriske takster og geografiske og økonomiske faktorer.

Problemstillingen til studien er delt inn i to deler. Den ene omfatter både fra en geografisk og økonomisk synsvinkel på forbruket av de psykiatriske takstene i enhver kommune. Mens den andre omfatter kun fra en økonomisk synsvinkel på fastlegens bruk av de psykiatriske takstene.

Problemstilling del 1: Hvilke geografiske og økonomiske faktorer påvirker variasjonen i fastlegenes bruk av psykiatriske takster mellom kommuner.

Problemstilling del 2: Hvilke økonomiske faktorer påvirker endringen i fastlegenes bruk av takster i psykiatri.

1.1 Studiens oppbygging

Studien starter med generell fakta om primærhelsetjenesten, forekomst av psykiske lidelser og bruk av takster står i kapittel en. Kapitlet inneholder også litteraturer om psykiske tjenester som vil bli trukket inn i analysen. Studien vil deretter gå over til den økonomiske teorien og analyseringsmetodene, som skal brukes til å analysere problemstillingen i kapittel to og tre. Analysen av problemstillingen vil bli fremstilt og diskutert i kapittel 5 og 6. Studien blir avsluttet med en konklusjon i kapittel 8.

2 Bakgrunn

2.1 Kommunens ansvar for primærhelsetjenester

Kommuner har ansvaret for primærhelsetjenester. Det er de som skal sørge for tilgjengelige helsetjenester som fastleger, psykisk helsearbeidere, hjemmetjenester og sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjeneste til befolkningen. Studien vil heretter nevne primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester som primærtjenester og spesialisttjenester

I 2012 var ca. 629 698 pasienter (16 %) av den voksne befolkningen i kontakt med sin fastlege om psykiske helseproblemer. Det utgjorde en økning på 4,7 % siden 2010. Det var også ca. 171 038 pasienter (4,4 %) av den voksne befolkningen som fikk behandling i psykisk helsevern i 2012. Det utgjorde en *«vekst i antall pasienter på 2,8 prosent fra 2010. Antall pasienter hos fastlegene økte relativt sett mer enn antall pasienter i spesialisthelsetjenesten.»* (Helsedirektoratet[HD], 2014:s.75)

For aldersgruppen 0 - 17 år, var det 63 492 barn og unge som kom i kontakt med sin fastlege om psykiske helseproblemer i 2012. Det utgjør 5,7 % av den barne- og ungdomsbefolkningen og en økning på 5 % siden 2010. Det samme året var det ca. 57 745 barn og unge som var i kontakt med psykisk helsevern. Det tilsvarer en økning på 2,7 % siden 2010. (HD,2014:s.75)

Helse- og omsorgsdepartementet følger kommunenes innsats på psykisk helse. Det er fylkesmennene som henter kommunenes rapporteringer om psykisk helsearbeid, og Helsedirektoratet som analyserer rapporteringene. I 2010 utførte fylkesmennene en rundspørring til kommuner om planlagt aktivitetsnivå for psykisk helsearbeid i 2011. Undersøkelsen viste at

84 pst. av kommunene vil opprettholde eller styrke tilbudet innen psykisk helsearbeid, mens 16 pst. vil redusere tilbudet i 2011. Dette er basert på tilbakemelding fra 345 kommuner. Helsedirektoratet vurderer at situasjonen er tilnærmet den samme som ved tilsvarende undersøkelse gjennomført i 2010. (Prop. 1 S (20-11 – 2012)

2.1.1 Kommunens ansvar for fastlegeordningen

Kommuner har ansvaret med å tilby en fastlegeordning som innebærer adgang til helse- og omsorgstjenester for personer som er bosatt eller oppholder seg i kommunen. Fastlegeavtaler blir inngått mellom kommuner og allmennleger. Det er verken loven eller staten som regulerer antall inngåtte fastlegeavtaler. Det er opp til kommunen selv å ansette helsepersonell eller inngå antall driftsavtaler som vil sikre et forsvarlig kvalitetstilbud. Det er altså kommunens oppgave å bistå med nok ressurser til fastleger, slik at etterspørselen og tilbudet etter allmennlegetjenester blir ivaretatt for befolkningen i kommunen.

Kommuner har betalingsansvar

for allmennmedisinsk offentlig legearbeid og for organiseringen av legevaktsarbeidet. For disse ordningene er det slik at utgiftene blir større for små enn store kommuner, og derfor viser tall fra SSB at små kommuner fortsatt har gjennomgående høyere utgifter per innbygger enn store kommuner. (NOU, 2005:3 s.80)

2.2 Generell forekomst av psykiske lidelser

Det er normalt at det oppstår psykiske lidelser i befolkningen. «I løpet av et år vil omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen tilfredsstille diagnostiske kriterier for minst en psykisk lidelse, mens cirka halvparten vil rammes av en slik lidelse i løpet av livet.» (Mykletund, Knudsen og Øverland, 2011,s.793) For barn og unge er det 8 % som har psykisk lidelse til enhver tid. Det tilsvarer 70 000 barn og unge som har behov for å få en diagnose og behandling. (FHI, 2010)

2.2.1 Debut av psykiske lidelser

Psykiske lidelser debuterer normalt sett i ung alder med unntak av demens. Allerede i barne- og ungdomsalderen kan det oppstå symptomer eller utbrudd. Det er oftest innen 30 årsalderen at det debiteres flest sykdomstilfeller. (FHI, 2009) Rapporten fra Folkehelseinstituttet viser at psykiske lidelser debuterer tidligere enn somatiske lidelser. (FHI, 2009)

2.3 Litteratur om geografisk variasjon i forbruk

Det har vært en forskning om befolkningens bruk av psykiske tjenester på spesialist nivå i Norge. Problemstillingene var blant annet om det var endringer i bruk av psykisk helsevern, og om det var geografiske forskjeller i bruk av psykiske tjenester. Forskerne har hentet data fra Samdata Psykisk helsevern. Dataen var fra 90-tallet og inneholdt registreringer av pasienter for voksne og barn og unge i alle psykiatriske institusjonene. Registreringene ga informasjon om «sosialdemografisk forhold, tidligere behandling, hva slags hjelp pasientene har behov for og mottar, og om de får hjelp på rett omsorgsnivå.» (Norsk Epidemiologi[NE],2012:s.319) Slike informasjoner bidro til bedre oversikt og kunnskap over utviklingen av psykiske tjenester på spesialist nivå.

Problemstillingen som omhandler endringer i bruk av psykisk helsevern, har forskningen vist blant annet at:

1) Analyser av data fra 90-årene viser det har vært relativ jevn utvikling i psykisk helsevern. Det har vært en klar økning i omfanget av behandlingstilbud til barn og unge, og for voksne har det vært en vridning fra lengre institusjonsbehandling til kortere behandlingsopphold ved institusjon og poliklinisk behandling. (NE,2012:s.321)

2) Fram til 1994 økte antall og andel av yngre pasienter drastisk ved sykehusavdelingene, menn denne endringen ser ut til å ha stoppet opp etter 1994. Men 1994 til 1999 er det en tilsvarende økning av yngre pasienter i døgninstitusjoner utenfor sykehus, mens andelen eldre pasienter er redusert mest. (NE,2012:s.321)

Problemstillingen som omhandler geografiske forskjeller i bruk av psykiske tjenester, har forskningen funnet blant annet at:

1) Oslo har i særklasse flest pasienter per innbygger. Også de andre byene har betydelig høyere punktprevalens enn øvrige kommunetyper. Byene har flest pasienter per innbygger ved alle de tre ulike behandlingstilbud (døgninstitusjoner, offentlige poliklinikker og private avtalespesialister). (NE,2012:s.322)

2) Kommunene i den andre enden av aksene by-land – de minste og antatt mest spredt bebygde og perifere kommunene – skiller seg ikke ut på tilsvarende måte. Andelen av befolkningen som mottar tilbud ved døgninstitusjoner og offentlige poliklinikker er omtrent

like høy i store som i små landkommuner. Omfanget av privat avtalepraksis synker derimot drastisk med avtagende kommunestørrelse. Slik praksis drives hovedsakelig for befolkningen i byer og de største kommunene. (NE,2012:s.322)

3) En finner store forskjeller i ressurser mellom helseregionene, der Helseregion Øst med Oslo skiller seg ut med mye mer ressurser enn andre steder. Men en finner ikke i samme grad forskjeller i tilbudet som gis.» Det må nevnes at den gangen var det fem helseregioner og ikke fire som i dag. (NE,2012:s.322)

2.3.1 Litteratur om fastlegenes tilgjengelighet overfor psykiske pasienter

SINTEF har utført en kvalitativ studie om fastlegenes samarbeid med spesialister og dens tilgjengelighet overfor psykiske pasienter. Tilgjengelighet innebærer at *«nødvendig og adekvat hjelp gis på et tidligst mulig tidspunkt. Tilgjengelighet er relatert til tjenestens kapasitet, fysiske tilgang, evne til kommunikasjon og åpenhet.»* (Andersson,2006:s.7)

Et tilfeldig utvalg av fastleger ble blant annet spurt om faktorer som hemmer eller fremmer fastlegenes involvering i tverrfaglig samarbeid med pasienter og spesialister. Det viser seg at *«fastleger hevder at betalingsordninger, at det ikke gis honorar for generelle møter med aktuelle samarbeidsinstanser, er en hemmende faktor i forhold til deres deltagelse i samarbeid.»* (Andersson,2006:s.8)

Fastleger ble også spurt om opplevelsen av den tilgjengelige tiden med psykiske pasienter. SINTEF antyder at et av forholdene som griper inn i fastlegenes tilgjengelighet for psykiske pasienter, er insentiver fra fastlegeordning som kan bidra til god behandling og oppfølging for denne pasientgruppa. Undersøkelsen fra SINTEF tyder på *«at fastlegenes tidsbruk, som i stor grad er styrt av takster og egenandeler, begrenser fastlegenes muligheter for å gi pasienter med psykiske problemer et adekvat tjenestetilbud.»* (Andersson,2006:s.7-8)

2.4 SSBs fremgangsmåte for å sammenligne mellom kommuner

SSB (Statistisk sentralbyrå) har utarbeidet en gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser. Hensikten var å sammenligne mellom kommunenes drift og resultater. Det ble lagt vekt på å gruppere etter kommuner med like økonomiske rammebetingelser. På den måten kan man se om de ulike forskjellene i resultater, er forårsaket

av ulikhet i lokale prioriteringer eller forskjellig effektivitetsnivå på bruk av ressurser. SSB har gruppert kommunene etter tre kriterier. Det er folkemengde, budne kostnader og frie disponible inntekter per innbygger. (Rundskriv H-09/98)

Folkemengde definerer kommunens størrelse

SSBs definisjon på å skille mellom små, mellomstore og store kommuner er basert på antall folkemengde. Små kommuner er færre enn 5000 innbyggere. Mellomstore kommuner er mellom 5000 og 19 999 innbyggere. Store kommuner er 20 000 eller flere innbyggere. (Statistisk Sentralbyrå[SSB],2013)

Budne kostnader per innbygger

Kommuner skal dekke kostnader for pålagte minstestandarder og lovpålagte oppgaver. For å sjekke om kostandene er dekket, måler man med budne kostnader per innbygger. Det er kostnader som varierer mellom kommunene basert på dens demografiske, sosiale, geografiske og klimatiske forhold.

SSB bruker kvartilgrenser ved å gruppere kommuner etter budne kostnader per innbygger. Dvs. *«kommuner med lave budne kostnader omfatter de 25 % laveste kommunene rangert etter budne kostnader per innbygger. Kommuner med høye budne kostnader omfatter de 25 % høyeste kommunene rangert etter budne kostnader per innbygger. De øvrige 50 % av kommunene har middels budne kostnader.»* (SSB,2013)

Frie disponible inntekt per innbygger

Frie disponible inntekter er et mål på inntekter som er tilgjengelig etter å ha dekket kostnader for pålagte minstestandarder og lovpålagte oppgaver. Det er opp til kommunen selv å bestemme hvordan de resterende inntektene skal disponeres. Noe som viser tegn på økonomiske handlefrihet til kommunen.

SSB bruker også kvartilgrenser for å gruppere kommuner etter frie disponible inntekter per innbygger. Dvs. *«kommuner med lave frie disponible inntekter omfatter de 25 % laveste kommunene rangert etter frie disponible inntekter per innbygger. Kommuner med høye frie disponible inntekter omfatter de 25 % høyeste kommunene rangert etter frie disponible inntekter per innbygger. De øvrige 50 % av kommunene har middels frie disponible inntekter»* (SSB,2013)

2.5 HELFO (Helseøkonomiskforvaltningen) - Takstbruk

HELFO har gitt ut en offentlig rapport om allmennlegers takstbruk i 2012. Rapporten informerte blant annet om bruken av gjennomsnittlige takster i allmennlegepraksis. Enhver allmennlege kan se på dens egen bruk av takstene i forhold til den gjennomsnittlige bruken av takstene. Bruk av takst vil si antall refusjoner per hendelser(undersøkelser eller behandlinger) hos en allmennlege. (Helseøkonomiskforvaltningen[HELFO],2014)

Takstene består av egen- og refusjonsandel som er forhandlet i normaltariiffen mellom legeforeningen og staten. Pasienter betaler egenandelen, mens det er HELFO som utbetaler refusjoner til fastleger og fastleger som er med i kommunal legevakt. Det var 5 257 fastleger, 2 064 fastlønnede fastleger, 4 975 legevaktsleger som leverte sine oppgjør til HELFO i 2012. HELFO bruker programmet, KUHR, til å kontrollere og utbetale helserefusjoner. (HELFO,2014)

Rapporten fra HELFO kan bidra til å se om det har vært utvikling etter opptrappingsplanen (1999 – 2008), blant annet om det har blitt «økt ressursinnsats, omstrukturering av tjenestetilbudene, bedre geografisk fordeling og økt effektivitet.» (NE,2012:s.321) På lang sikt kan en variasjon i bruk av psykiatriske takster si noe om forholdet mellom etterspørsel og tilbud etter psykiske tjenester på primært nivå. Ved å analysere variasjonen i bruken av psykiatriske takster, gis det en mulighet til å få en bedre oversikt og kunnskap over primærtjenester i psykiatri. Noe som kan bidra til færre henvisninger til spesialisttjenesten. Det medfører en reduksjon i driftskostnader til staten, ettersom det er den som drifter tjenestene på spesialist nivå.

3 Teori: Monetære insentiver

Staten har et stort fokus på å styrke primærtjenesten via finansiering og regulering for å oppnå økt likebehandling mellom pasienter og effektivitet i helsesektoren. Fastleger er de som utfører allmennpraksisen, og har derfor en av hovedrollene til å styrke primærtjenesten ved å oppføre seg som en «portåpner». Det innebærer at pasienter skal henvende seg til dens fastlege for alle mulige typer av ikke akutte helseproblemer.

Et av grunnleggende prinsippene med å ha en fastlege, er et ønske om å oppnå langsiktig forhold ved å oppnå kontinuitet av omsorg. Pasientens fastlege skal være i dens nærmiljø og tilby helsetjenester som man har behov for. Fastleger vil normalt sett ha gode informasjoner om tilgjengelig tilbud fra spesialisttjenesten, pga. dens kunnskap og erfaringer fra tidligere henvisninger. Pasienter vil dermed oppleve dens fastlege som effektiv aktør.

Fra et økonomisk perspektiv er en pasient en konsument som etterspør helsetjenester. Mens en fastlege er en tilbyder som tilbyr tjenester som pasienten er ute etter. Henvisning til spesialister (spesialisttjeneste) er et eksempel som pasienter etterspør fra fastlegen. Økonomer ser etter mulige økonomiske faktorer som kan forårsake endring hos fastlegenes atferd. Endringen kan ha effekt på kostnader, helseutfall og likebehandling i helsesektoren. Økonomiske faktorer kan være virkninger fra betalingssystemet som påvirker fastlegenes atferd som aktører, siden de fleste fastlegene driver næringsvirksomheten selvstendig etter en inngått avtale med kommunen. F.eks. er maksimal profitt dens eneste fokus.

Fastlegens rolle er å være en «portåpner.» På generelt grunnlag, vil dens klinisk beslutning for henvisning ha en stor betydning for kostnader i helsesektoren. Dermed har fastlegene et ansvar for bruk av ressurser (kostnader) i spesialisttjenesten. Det er de som er ansvarlige for å henvise pasienter til spesialister.

Helsetjenester er finansiert av en finansiør (kjøper) f.eks. staten, som skal sørge for gode tjenester til dens kunder (pasienter). Økonomiske insentiver blir brukt for å motivere selgere (fastleger) til å følge etter kjøperens krav, ved å tilby og levere helsetjenester til et viss kvalitetsnivå. Endring i finansiering og honorarets sammensetning (egenandel + refusjonsandel) er tegn på at man ønsker å få fastleger til å tilby likeverdige helsetjenester så effektiv som mulig. Det skapes økonomiske insentiver ved å belønne selgeren med virkemidler eller tilskudd fra kjøperen.

Det er stor etterspørsel etter psykiske tjenester i landet. Endring i honoraret i ulike psykiatriske takster i normaltariffen, er et signal på at staten ønsker å få fastleger til å ta større ansvar overfor psykiske pasienter. Det er interessant å se om økonomiske faktorer kan bidra til å styrke primærtjenester i psykiatri over tid.

4 Datasamling og metoder

4.1 Studien

Studien ønsker å se om det er stor variasjon i bruken av psykiatriske takster, og i forbruket av psykiatriske takster mellom kommuner. Deretter vil studien evaluere hvilke økonomiske og geografiske faktorer, som kan korrelere med variasjonen i bruken av de psykiatriske takstene og i forbruket av de psykiatriske takstene mellom kommunene. Det er brukt kvantitativ metode i studien.

4.2 Personvern og ansvar

Informasjon i dataen kan ikke knyttes til enkeltindivider. Dataen er hentet fra offentlig registre. Studien er ikke meldepliktig etter forskriftene til regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk eller Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

4.3 Datasamling

Det er samlet inn to datasett. Det ene datasettet skal brukes til å besvare problemstillingen del en. Det inneholder økonomiske og geografiske variabler og skal brukes til regresjonsanalyse. Det er innsamlet ved å kombinere fastlegenes forbruk av de psykiatriske takstene i enhver kommune fra HELFO, statistikk om befolkningen fra SSB og skattelister fra VG.

Studien har valgt å skille mellom kommuner som tilhører til Helse Sør-Øst, Vest, Midt og Nord og til ulike fylker. På den måten kan man se om det er geografisk ulikhet i forbruket av de psykiatriske takstene mellom kommunene. Studien har dermed inkludert fire regionale helseforetak (RHF) og 19 fylker i ene datasettet.

Det andre datasettet skal brukes til å besvare problemstillingen del to. Det inneholder økonomiske variabler og skal brukes til å undersøke det er en korrelasjon mellom endringer i honoraret i de psykiatriske takstene og bruken av de psykiatriske takstene. Datasettet er hentet fra HELFO og viser fastlegenes totalbruk av de psykiatriske takstene. Videre følges forklaringene bak datainnsamlingen og av hva studien har inkludert og utelatt.

Total takstbruk i enhver kommune 2012 – HELFO

HELFOs data viser fastlegenes totalbruk av de 17 psykiatriske takstene (se tabell 1) i enhver kommune. Studiens eget datasett har inkludert 14 psykiatriske takster i 418 kommuner. Det er fire takster som er registrert i nesten enhver kommune. Mens de elleve andre takstene er registrert hos de fleste store og middelsstore kommunene. Det er tre psykiatriske takster som er utelatt, fordi det er få kommuner som har registrert de tre takstene.

Dataen fra HELFO har utelatt ti kommuner pga. mangel på informasjon om fastlegenes takstbruk i psykiatri. I tillegg har studien utelatt to små kommuner fra HELFOs data siden det ble sammenslåing i 2013. Derfor er det mangel på informasjon om befolkningen i de to kommunene i SSBs statistikk om befolkningen ved inngangen 2013.

Totalbruk av de psykiatriske takstene 2011-12 og 2012-13 – HELFO

Dataen viser fastlegenes total takst (antall hendelser) og total utbetalte refusjon for bruken av de 17 psykiatriske takstene i perioden 2011 - 12 og 2012 – 13. Den viser også hva refusjons- og egenandelen lå på i de takstene i de to periodene.

En økning i total takst blir oppfattet som en økning i antall hendelser. En nedgang i total takst blir oppfattet som en reduksjon i antall hendelser. Ingen endring i total takst blir oppfattet som verken en økning eller en reduksjon i antall hendelser.

Folkemengde og areal, etter kommune inngang 2013– SSB

SSB la ut ved inngangen i 2013 statistikk om befolkningen. Studien har hentet opplysninger fra SSBs statistikk om folkemengden, landarealet og folketettheten per Km² landareal i enhver kommune. Variablene er relevante til å besvare problemstillingen fra et geografisk perspektiv. Folketetthet per Km² vil heretter bli nevnt som folketetthet.

Skatteliste til enhver kommune 2012 – VG

VG har lagt ut en artikkel som informerer skattelisten til enhver kommune fra skatteåret 2012. VG har brukt programmet Leaflet som lagde et kart til å vise hvilke kommuner som er rike og fattige. Kommunens skatteliste er opplysninger om antall skatteyttere, snittinntekt, snittformue, snittskatt og snittalder. Variablene er relevant til å analysere problemstillingen både fra et geografisk og økonomisk perspektiv.

4.4 Analysering

4.4.1 Analyse av endring over tid

Studien skal analysere om det er en korrelasjon mellom endringer i ulike år. Korrelasjonen skal si noe om eksistensen og omfanget av sammenhengen mellom endringer i honoraret i de psykiatriske takstene og bruken av de takstene. Dermed gis det en mulighet til å anta om det er en samvariasjon mellom økonomiske faktorer og variasjonen i bruken av psykiatriske takster.

4.4.2 Regresjonsanalyse

Det er brukt multippel regresjonsanalyse på SPSS (versjon 22) til å analysere datasettet. Regresjonsanalysen vil vise graden av en samvariasjon mellom en kjent faktor og andre ukjente faktorer. Den kjente faktoren kjennetegnes som den avhengige variabelen. Faktoren er kjent fordi den korrelerer med en annen faktor. De ukjente faktorene kjennetegnes som de uavhengige variablene. Regresjonsanalysen gir en mulighet til å anta hvilke sosioøkonomiske faktorer, som korrelerer med variasjonen i forbruket av de psykiatriske takstene mellom kommunene.

Antall regresjonsanalyser

Det har blitt utført 28 regresjonsanalyser siden det er 14 avhengige variabler og to «dummy» variabler (se side 15), som studien har bestemt seg for å skille i en egen analyse.

4.4.3 Hva har studien utelatt

Studien har valgt å utelate antall skatteyttere og folkemengde fordi det korrelerer med folketettheten.

Tabell 1: 17 psykiatriske takster

Takst	Forklaring av takster
612a	Nødvendig samtale med pårørende/foresatte til pasient med psykiatrisk eller nevrologisk sykdom Grunnlaget for bruk av takst må fremgå av diagnose og journalnotat.
615o	Samtaleterapi ved allmennlege med minst 15 minutters varighet med pasienter med psykiske lidelser.
616o	Særlig tidkrevende arbeid ved henvisning til eller innleggelse i psykiatriske og barnepsykiatriske institusjoner, behandlingshjem, opptreningsinstitusjoner, smerteklinikk, i kursted for alkoholiker eller spesialklinikk for narkomane og psykisk utviklingshemmede (tillegg for konsultasjoner når sådanne har funnet sted)
621a	Psykoterapi, minst 1/2 time
621b	Psykoterapi, minst 1 time
621c	Psykoterapi, minst 1 1/2 time
621d	Psykoterapi, minst 2 timer
623a	Psykoteraeutisk familiearbeid, minst 1/2 time
623b	Psykoteraeutisk familiearbeid, minst 1 time
623c	Psykoteraeutisk familiearbeid, minst 1 1/2 time
623d	Psykoteraeutisk familiearbeid, minst 2 timer
624a	Tillegg for medisinsk vurdering hos spesialist i vurdering eller barnepsykiatri i forbindelse med psykoteraeutisk arbeid, per gang for 1/2 time
624b	Tillegg for medisinsk vurdering hos spesialist i vurdering eller barnepsykiatri i forbindelse med psykoteraeutisk arbeid, per gang for behandling ut over 1/2 time
625a	Grundig personlighetsvurdering av ny pasient hos spesialist i psykiatri.
625b	Senere personlighetsvurdering hos spesialist i psykiatri. Taksten kan benyttes inntil 2 ganger per år dersom det anses medisinsk nødvendig.
626o	Tillegg for psykoterapi med barn under 18 år.
660o	Merarbeid ved årlig, fullstendig undersøkelse av psykisk utviklingshemmede, demente og pasienter med kroniske psykoser som behandles med psykofarmasi med behov for tverrfaglig oppfølging. Taksten kan brukes inntil en gang per år.

4.4.4 Avhengige variabler

De avhengige variablene er snittforbruket av de 14 psykiatriske takstene per innbygger. Snittforbruket av en psykiatrisk takst per innbygger, er beregnet ved å ta totalbruken av enhver psykiatrisk takst som er registrert i enhver kommune delt på folkemengden i enhver kommune. Per innbygger vil heretter bli nevnt som per innb..

4.4.5 Uavhengige variabler

FTpKM² (Folketetthet per Km² landareal) – Variabelen kan bidra til å forklare problemstillingen ut fra geografisk perspektiv. F.eks. om det er større snittforbruk av psykiatriske takster per innbygger i store kommuner enn i små.

Fylker og RHF – Fylker og RHF er registrert som «dummy» variabler på SPSS. Siden det er en korrelasjon mellom de to variablene, er RHF inkludert i den ene analysen og fylker i den andre. Dermed utfører studien den samme regresjonsanalysen to ganger. På den måten kan man sammenligne mellom de to analysene, og se om det er variasjon i snittforbruket av de psykiatriske takstene per innb. i ulike geografiske regioner.

Snittformue, snittinntekt, snittskatt og snittalder – Variablene er snittformue, snittinntekt, snittskatt og snittalder til en skatteyter i en kommune. Disse er inkludert i analysen for å se om kommunens inntekt, og snittinntekten til en befolkning i en kommune har innvirkning på snittforbruket av de psykiatriske takstene per innb..

4.4.6 Begrensninger ved datasettet

Tverrsnitt

Datasettet er basert på informasjoner fra 2012. Hadde studien fått en mulighet til å følge utviklingen over flere år og dermed fått tak i et større datasett, ville analysen og mulige antakelser om det er en sammenheng eller ei mellom faktorene blitt styrket i denne studien. På en annen side kan det være vanskelig å gi indikasjoner pga. mulige kortsiktige endringer i psykiatriske takster og sammenslåinger mellom kommuner. Det medfører vanskeligheter til å si noe om utviklingen over tid.

Ulike typer av psykiske lidelser

Studien sier ingenting om hvilke typer av psykisk lidelse som dominerer. Den sier heller ikke noe om alvorlighetsgraden til en psykisk lidelse. Om det er mild eller alvorlig. Derfor gis det heller ingen indikasjoner på hvilke typer av pasienter som har behov for å bli behandlet på spesialist nivå.

Studien kan ikke fortelle hvorfor det er pasienter med psykiske problemer som kvier seg til å søke om hjelp. Men den kan gi indikasjoner om hvilke aldersgrupper som la være å søke psykisk hjelp.

Kvalitetsmåling og fastlegens kompetanse om psykisk helse

Studien kan ikke vise om pasienter har blitt bedre, eller om det er økt kunnskap om psykisk helse hos allmennleger ved ulike reformer eller endringer. Men den kan gi antydninger om det er en økning i bruk av psykiatriske takster. Noe som kan tilsi større fokus på psykiske helseproblemer.

Anonyme pasienter

Dataen fra HELFO kan ikke si noe om det er de samme pasientene som fører til en eventuell økning i bruk av psykiatriske takster. Dersom det er en stor økning i bruken av den ene psykiatriske taksten, blir det vanskelig for studien å indikere om det er overbehandling fra fastlegen til en pasient.

5 Problemstilling del 1: Samvariasjon mellom sosiodemografiske faktorer og forbruket av psykiatriske takster

5.1 Hypoteser

Studien forventer at folketetthet og snittinntekt har størst grad av samvariasjon med de avhengige variablene. Det er interessant hvis det er andre variabler som har høyere signifikantnivå, eller at det ikke er signifikant for de to variablene som studien har forventet.

Store kommuner vs. Små kommuner

H_0 : Det er like stort snittforbruk av psykiatriske takster per innb. mellom store og små kommuner

H_1 : Det er større snittforbruk av psykiatriske takster per innb. i store kommuner enn i små.

Hypotesen undersøker den geografiske fordelingen av forbruket av de psykiatriske takstene, ved å se om det er en sammenheng mellom variasjonen i snittforbruket av psykiatriske takster per innb. og sentralisering av befolkningen. I 2012 passerte innbyggertallet over fem millioner i landet. (NOU 2013:9) Dermed vil det bli større etterspørsel og tilbud etter helsetjenester til den voksende befolkningen. Hvor folk bosetter seg nå og i fremtiden er et viktig grunnlag til å undersøke den geografiske variasjonen i etterspørselen og tilbudet etter psykiske tjenester. Sentralisering av befolkningen har pågått over lengre tid. Det betyr at flere og flere velger å bosette seg i storbyer, store byregioner eller områder rundt storbyer. Det forventes at dette stabile utviklingstrekket vil fortsette. (NOU 2013:9)

Ifølge SSBs befolkningsframskriving er det høy befolkningsvekst i de kommunene som ligger rundt storbyene. Det gjelder spesielt for kommuner rundt Oslo, Stavanger og Bergen. Det forventes også lav befolkningsvekst i Nord-Norge og Nord-Trøndelag, spesielt i kystkommunene. I Sør-Norge har folketallet sunket for noen kommuner. Det gjelder kommuner i Hedmark, Oppland og Telemark. (NOU 2013:9)

Yngre vs. Eldre

H_0 : Det er like stort snittforbruk av psykiatriske takster per innb. mellom de yngre og eldre.

H_1 : Det er større snittforbruk av psykiatriske takster per innb. hos de yngre enn hos de eldre

Hypotesen kan bidra til å indikere om det er mange eldre med depresjoner som unnlater å søke psykisk hjelp. (HD, 2011) Den skal også undersøke om det er en sammenheng mellom variasjonen i snittforbruket av psykiatriske takster per innb., sentralisering av befolkningen og variasjoner i alderssammensetning. Justis- og Beredskapsdepartementet kan vise at *«gjennomsnittsalderen er vesentlig lavere i de områdene der befolkningstettheten har økt og forventes å øke i fremtiden. Gjennomsnittsalderen er vesentlig høyere i de delene av landet der befolkningstettheten er minst og vekst ikke er forventet.»* (NOU 2013:9)

Rike kommuner vs. Fattige kommuner

H_0 : Det er like stort snittforbruk av psykiatriske takster per innb. mellom rike og fattige kommuner

H_1 : Det er større snittforbruk av psykiatriske takster per innb. i rike kommuner enn i fattige.

Hypotesen kan indikere om det er en korrelasjon mellom sosiodemografiske faktorer og variasjonen i snittforbruket av psykiatriske takster per innb.. Hypotesen skal også undersøke om det er en sammenheng mellom variasjonen i snittforbruket av psykiatriske takster per innb. og SSBs funn i henhold til variasjoner i økonomiske rammebetingelser. Funnet var blant annet at, uavhengig av nivået på bundne kostnader, var det tendens for at frie disponible inntekter per innb. avtok når kommunestørrelsen økte. Det var også tendens for at frie disponible inntekter per innb. økte når bundne kostnader per innb. økte. (Rundskriv H-09/98)

Kommuner på Østlandet vs. Kommuner i de andre landsdelene

H_0 : Det er like stort snittforbruk av psykiatriske takster per innb. mellom kommuner på Østlandet og kommuner i de andre landsdelene

H_1 : Det er større snittforbruk av psykiatriske takster per innb. hos kommuner på Østlandet enn kommuner i de andre landsdelene.

Hypotesen skal undersøke om det er en indikasjon på størst ressursbruk av psykiske tjenester på primært nivå i Helseregion Sør-Øst. Viser til litteraturen «Forskning om bruk av psykisk helsevern i Norge.» Det var størst ressursbruk av psykiske tjenester, den gang, i Helseregion Øst enn de andre regionale helseforetakene.(NE,2012:s.322) Helseregion Øst er nå innlemmet i helseregion Sør-Øst.

5.2 Resultater

Det vises i tabellen nedenfor gjennomsnittet av snittforbruket av de 14 psykiatriske takstene per 100 000 innbyggere. Det vises i tillegg maksimums- og minimumsverdien og standard avvik av snittforbruket av de 14 psykiatriske takstene per 100 000 innbyggere.

Tabell 2: Deskriptiv statistikk av psykiatrisk takstbruk

	Snitt per 100 00	Maks per 100 000	Min per 100 000	Std per 100 000	Total regr.
612a	2409,461	37169,69	21,427	17725,4	395
615o	8812,86	56220,68	71,4796	25714,5	404
616o	1668,929	5645,859	60,8643	2451,13	408
621a	42,188	2693,535	3,40055	1306,69	50
621b	595,341	14669,71	50,8518	6956,2	56
621c	56,43	4172,015	6,19238	2030,29	49
621d	26,996	1501,98	3,09619	725,139	45
623a	1,1526	248,717	0,55651	122,106	13
623b	19,763	3924,802	2,5712	1927,01	33
623c	9,3649	2902,375	0,77405	1427,33	28
623d	3,0504	313,325	1,11961	152,614	25
624a	29,334	2277,228	2,22059	1109,66	47
624b	709,584	17613,19	50,8518	8354,07	56
625a	42,046	4826,733	30,0514	2365,11	47
625b	56,653	4845,475	15,0404	2367,55	45
626o	51,536	14643,8	1,66952	7199,89	20
660o	83,812	1622,323	6,09013	773,665	276

5.2.1 Multippel regresjonsanalyse

Det var flest signifikante variabler i takst 615o (samtaletterapi minst 15.) og 616o (henvisning til en spesialist) i analysen med RHF og fylker. Nedenfor vises regresjonstabeller av de to takstene. Regresjonstabeller av de andre takstene er lagt i vedlegg.

5.2.2 Multippel regresjonsanalyse med RHF

Tabell 3: Takst 615o

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	,411	,105	,000
FTpKm ² per 100 000	8,258	,000	,002
Sinnkt per 100 000	0,033	,000	,276
Sform per 100 000	-0,001	,000	,738
Sskatt per 100 000	-0,044	,000	,246
Sald	-,006	,002	,001
Helse V	-,025	,010	,010
Helse M	-,021	,009	,030
Helse N	-,042	,010	,000

$\beta^* < 0,01$, FTpKm² $< 0,01$, Sald* $< 0,01$, Helse V* $< 0,01$, Helse N* $< 0,01$ og Helse M** $< 0,05$.

Folketettheten er variabelen som har vært signifikant flest ganger i de fleste psykiatriske takstene. Den har vært under signifikantnivå på 1 % i flere psykiatriske takster som går utover en halvtime. Det er tidkrevende takster som 621b, c og d og 624b (se vedlegg). Variabelen er positiv. Snittalder var kun signifikant i takst 615o og 616o, og er negativ.

Helse Sør-Øst er variabelen som SPSS har valgt til å bli sammenlignet med de andre helseregionene. Analysen vil indikere om kommuner i de tre helseregionene forbruker mindre eller mer i snitt enn kommuner i Helse Sør-Øst.

Variablene, Helse Vest, Midt og Nord, har stort sett vært signifikante i de fleste takstene. De har vært under signifikansnivåene på 1 %, 5 % og 10 %. Siden variablene er negative, forteller analysen at snittforbruket hos kommuner i de tre helseregionene er lavere enn hos kommuner i Helse Sør – Øst.

Tabell 4: Takst 616o

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	,064	,017	,000
FTpKm ² per 100 000	1,077	,000	,010
Sinnkt per 100 000	-0,003	,000	,483
Sform per 100 000	-0,001	,000	,006
Sskatt per 100 000	-0,016	,000	,224
Sald	-,001	,000	,004
Helse V	-,008	,002	,000
Helse M	-,004	,002	,004
Helse N	-,002	,002	,315

$\beta^* < 0,01$, FTpKm² $< 0,01$, Sform* $< 0,01$. Sald* $< 0,01$, Helse V* $< 0,01$ og Helse M* $< 0,01$.

Snittformue var signifikant i takst 616o og er positiv. Snittinntekt var ikke signifikant i noen av takstene. Snittskatt var nær ved å være under signifikantnivå på 10 % i takst 616o.

5.2.3 Multippel regresjonsanalyse med fylker

Tabell 5: Takst 615o

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	,364	,113	,001
FTpKm ² per 100 000	8,488	,000	,004
Sinnkt per 100 000	0,034	,000	,294
Sform per 100 000	-0,001	,000	,832
Sskatt per 100 000	-0,046	,000	,615
Sald	-,007	,002	,001
Østfold	,061	,019	,002
Akershus	,021	,021	,319
Oslo	-,058	,080	,471
Hedmark	,069	,018	,000
Oppland	,049	,017	,004
Buskerud	,030	,020	,127
Vestfold	,041	,022	,057
Telemark	,017	,019	,374
Aust - Agder	,030	,021	,152
Vest - Agder	,013	,021	,528
Rogaland	-,007	,020	,739
Hordaland	,008	,017	,656
Sogn og Fjordane	,022	,018	,208
Møre og Romsdal	-,001	,016	,946
Sør - Trøndelag	,028	,018	,123
Nord - Trøndelag	,045	,018	,015
Troms	,001	,018	,969
Finnmark	,014	,021	,500

$\beta^* < 0,01$, FTpKm²* $< 0,01$, Sald* $< 0,01$, Østfold* $< 0,01$, Hedmark* $< 0,01$, Oppland* $< 0,01$, Nord – Trøndelag** $< 0,05$ og Vestfold*** $< 0,10$.

Folketettheten dominerte i den forstand at den var signifikant for nesten enhver takst.

Variabelen har stort sett vært under 1 % signifikantnivå og er positiv. Snittalder er signifikant i takstene 615o og 616o, og er negativ.

SPSS har valgt Nordland som variabelen til å bli sammenlignet med de andre fylkene. Analysen vil dermed fortelle hvilke fylker som enten forbruke mer eller mindre i snitt enn Nordland.

Det er 14 av 19 fylker som var signifikante i analysen. Variablene er positive utenom i takst 616o. Det er fylker på Sør-Østlandet som har vært signifikante flest ganger. Fylker i Nord – Norge, utenom Troms, har ikke vært signifikante. Troms er eneste fylket som er signifikant i takst 660o (se vedlegg). Denne taksten kan brukes inntil en gang per år.

Tabell 6: Takst 616o

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	,055	,018	,002
FTpKm ² per 100 000	1,216	,000	,009
Sinnkt per 100 000	-0,006	,000	,268
Sform per 100 000	-0,001	,000	,014
Sskatt per 100 000	0,029	,000	,043
Sald	-,001	,000	,007
Østfold	,008	,003	,009
Akershus	-,006	,003	,051
Oslo	-,018	,012	,153
Hedmark	,002	,003	,454
Oppland	,000	,003	,885
Buskerud	,001	,003	,858
Vestfold	,010	,003	,004
Telemark	,005	,003	,092
Aust - Agder	,003	,003	,406
Vest - Agder	,001	,003	,776
Rogaland	-,008	,003	,012
Hordaland	-,005	,003	,046
Sogn og Fjordane	-,006	,003	,024
Møre og Romsdal	-,006	,002	,018
Sør - Trøndelag	,000	,003	,875
Nord - Trøndelag	,003	,003	,330
Troms	,004	,003	,184
Finnmark	,004	,003	,266

$\beta^* < 0,01$, FTpKm²* $< 0,01$, Sald* $< 0,01$, Østfold* $< 0,01$, Vestfold* $< 0,01$, Sform** $< 0,05$, Sskatt** $< 0,05$, Akershus** $< 0,05$, Rogaland** $< 0,05$, Sogn og Fjordane** $< 0,05$, Møre og Romsdal** $< 0,05$ og Telemark*** $< 0,10$.

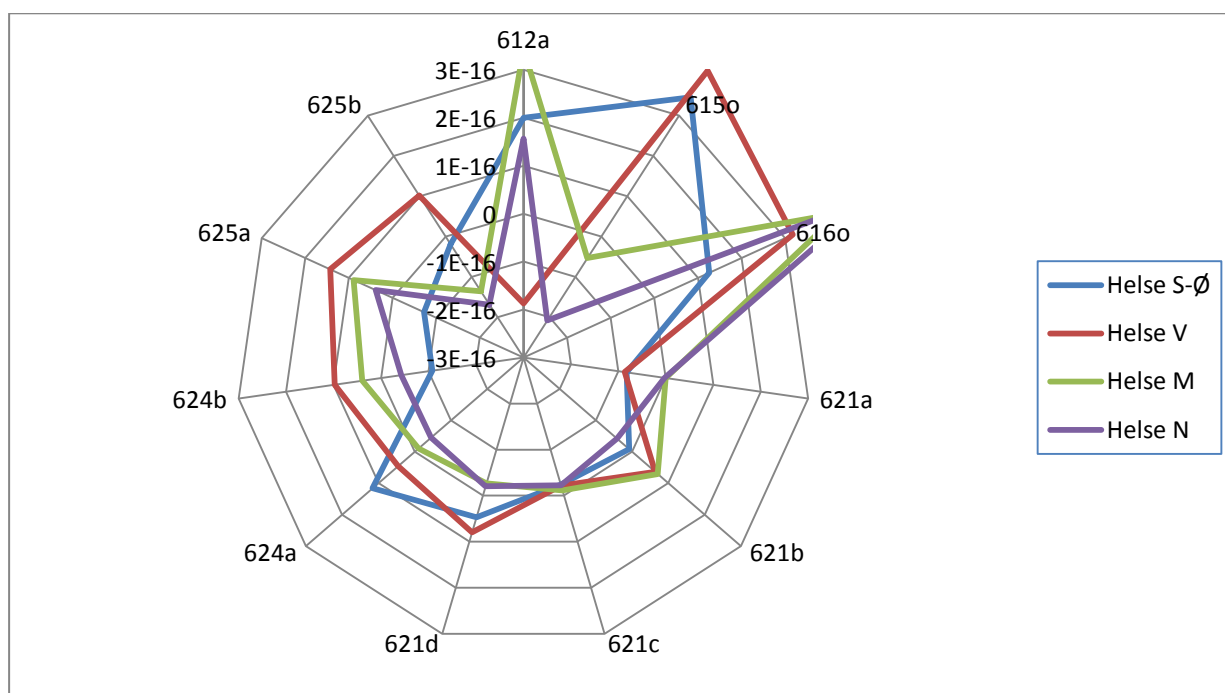
Snittformue var under 5 % signifikantnivå i takst 616o og er positiv. Snittskatt var signifikant i takst 616o og er positiv. Snittinntekt var som i analysen med RHF, ikke signifikant i noen av takstene.

5.2.4 Radargrafer

Radargrafene skal vise om det er variasjon i bruken av psykiatriske takster mellom kommuner i ulike landsdeler. Hensikten er å se om det er noen geografiske regioner som skiller seg ut, ved å forbruke mer eller mindre av visse psykiatriske takster. Nedenfor vises fordelingen av snittforbruket av de 14 psykiatriske takstene per innb. mellom kommuner i helseregioner og fylker. Måleenheten er gjennomsnittets standard avvik i enhver helseregion og ethvert fylke.

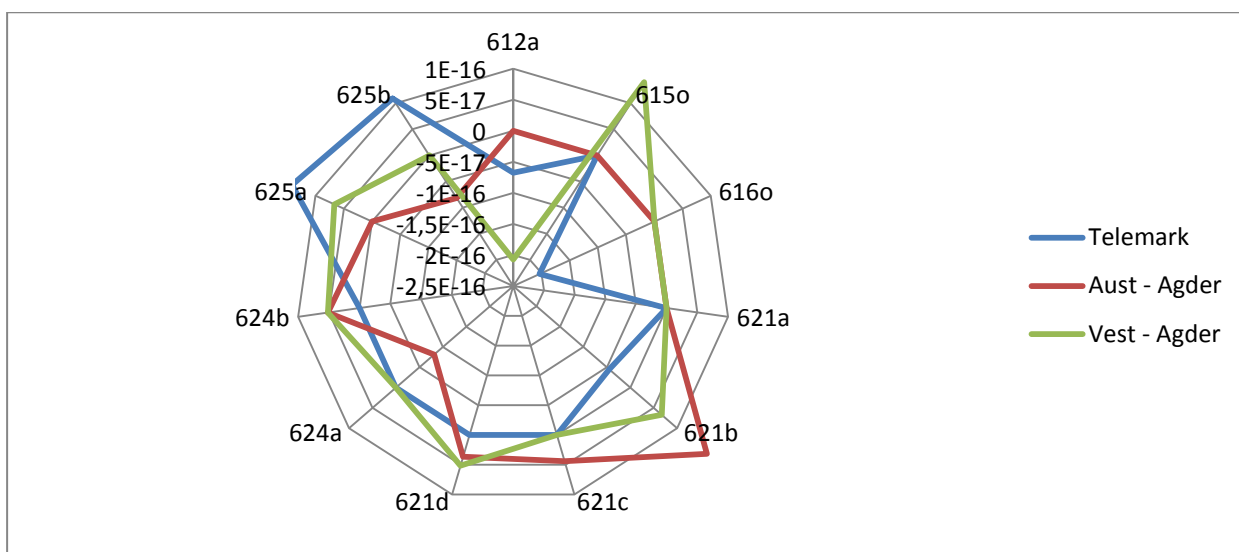
Gjennomsnittets standard avvik er beregnet ved å ta snittforbruket av en psykiatrisk takst per innb. i en kommune minus gjennomsnittet av snittforbruket av en psykiatrisk takst per innb. i en helseregion eller et fylke. Deretter blir summen dividert med standardavviket av snittforbruket av en psykiatrisk takst i en helseregion eller et fylke.

Figur 1: Fordelingen av snittforbruket av psykiatriske takster mellom kommuner i helseregioner



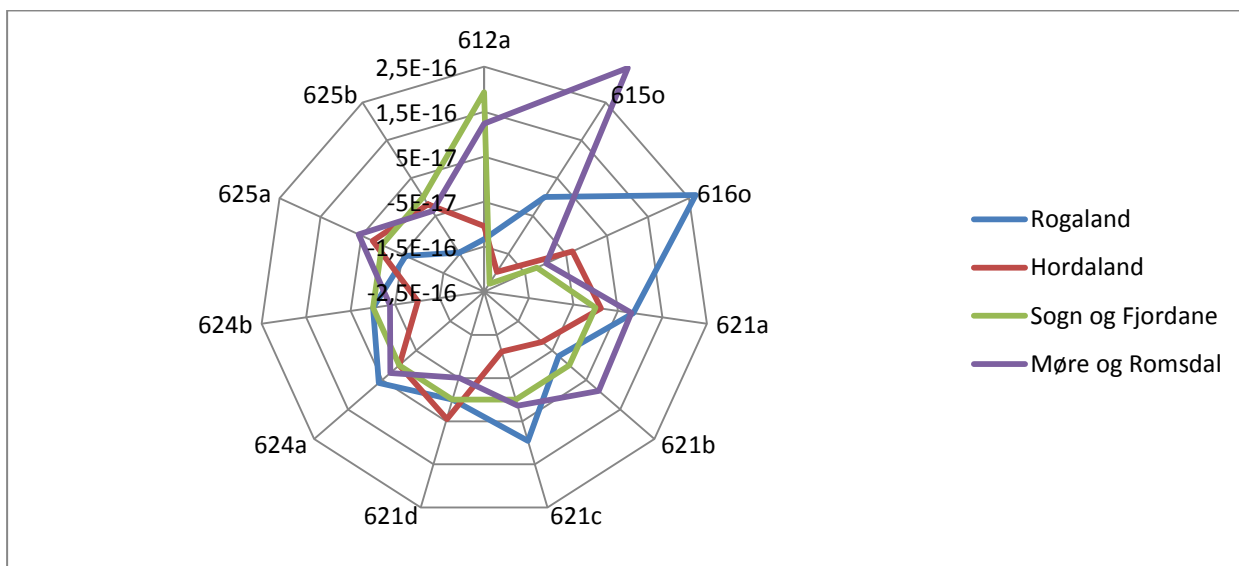
Radargrafen motstrir det analysen viser, om at det er størst snittforbruk av takst 616o (henvisning til en spesialist) per innb. hos kommuner i Helse Sør-Øst. Grafen viser at det er størst snittforbruk av takst 616o per innb. hos kommuner i Helse Midt og Nord.

Figur 2: Fordeling av snittforbruket av psykiatriske takster mellom fylker på Sørlandet og Telemark



Telemark, Aust – Agder og Vest Agder har større snittforbruk av psykiatriske takster per innb. som er tidkrevende. Viser til takst 625(personlighetsvurdering hos en spesialist), 621b(psykoterapi, minst en time) og 616o.

Figur 3: Fordeling av snittforbruket av psykiatriske takster mellom fylker på Vestlandet



Møre og Romsdal har størst snittforbruk av takst 615o(samtaleterapi, minst 15 min.) per innb.. Sogn og Fjordane har størst snittforbruk av takst 612a(samtale med foresatte og pårørende) per innb.. Rogaland har størst snittforbruk av takst 616o per innb..

5.3 Diskusjoner

Store vs. Små kommuner

Analysen viser at det er en korrelasjon mellom en økning i folketettheten og en økning i snittforbruket av psykiatriske takster per innb.. Det gir en antakelse om at store kommuner forbruker mer i snitt av psykiatriske takster enn små kommuner, ettersom folkemengden er blant kriteriene som definerer kommunens størrelse. Men stor folkemengde betyr ikke nødvendigvis stor folketetthet. Definisjonen på stor folketetthet er også avhengig av kommunens landareal. Det er mulig å anta at det er like store snittforbruk av psykiatriske takster per innb. mellom store og små kommuner.

Folketettheten er stor blant storbyer og byer. Det gir en indikasjon om størst snittforbruk av psykiatriske takster per innb. i storbyer og byer. Dermed kan det være en sammenheng mellom variasjonen i snittforbruket av psykiatriske takster per innb. og sentralisering av befolkningen. Det kan også være en sammenheng mellom variasjonen i snittforbruket av psykiatriske takster per innb. og SSBs framskrivning om befolkningen. Det innebærer en potensiell korrelasjon mellom befolkningsvekst i kommuner som ligger rundt storbyer og en økning i snittforbruket av psykiatriske takster per innb..

Grunnlaget om større snittforbruk av psykiatriske takster per innb. i store kommuner, store byregioner og storbyer, er basert på folketettheten og sentralisering av befolkningen. Tall fra SSB tilsier at det er høyere utgifter per innbygger for allmennmedisinsk offentlig legearbeid i små kommuner enn store. (NOU, 2005:3 s.80) Man kan anta at blant de utgiftene var indirekte hentet fra psykiske tjenester på primært nivå.

Yngre vs. Eldre

Det er tegn på en korrelasjon mellom høy snittalder og lavt snittforbruk av takst 615o (samtaletapi i minst 15 min.) per innb. og av takst 616o(henvisning til spesialister) per innb.. Det er en forundring at variabelen er signifikant, siden det er snittalder til en skatteyter og ikke til en som forbruker psykiatriske takster. Det gis en mulighet til å anta at det er lavere forbruk av psykiatriske takster i de eldre aldersgruppene enn i de yngre. Det medfører til en indikasjon om at eldre med depresjoner lar være å søke psykisk hjelp. Årsakene kan være at

de eldre ikke forstår hva det innebærer å være deprimerte, eller at de tror på lite nytte av å få en behandling.

Siden det er tegn på en korrelasjon mellom høy snittalder og lavt snittforbruk av to psykiatriske takster per innb., kan man anta at det er lavt snittforbruk av psykiatriske takster per innb. i områder med høy gjennomsnittsalder. Dvs. i de minste sentraliserte delene av landet, der folketettheten er lav og befolkningsveksten er lite forventet. Det indikerer videre en geografisk ulikhet i forbruket av psykiatriske takster mellom kommuner. Analysen kan gi støtte til en sammenheng mellom variasjonen i snittforbruket av psykiatriske takster per innb., sentralisering av befolkningen og variasjoner i alderssammensetning.

Rike vs. Fattige kommuner

Analysen antyder en sammenheng mellom høy snittformue og lavt snittforbruk av takst 6160 (henvisning til en spesialist) per innb.. Kommuner med høy snittformue indikerer en befolkning med høye inntekter. Man kan anta at det er lavere forbruk av psykiske spesialisttjenester i rike kommuner. Mulige årsaker:

1) Befolkningen i rike kommuner er mindre psykisk syke, eller har bedre psykisk helse fordi de har bedre kunnskap om god helse. Det kan medføre lav etterspørsel og lavt tilbud etter spesialisttjenester i rike kommuner.

2) Rike kommuner har bedre kunnskap enn fattige, f.eks. de er flinkere til å utvide primærtjenester slik at pasienter ikke har behov for å bli henvendt til spesialister. Det er lønnsomt ettersom det er mulighet for kommunal medfinansiering i psykisk helse.

Analysen som inkluderte «dummy» variabel, fylker, indikerer en korrelasjon mellom en økning i snittskatt og en økning i snittforbruket av takst 6160 per innb.. Det er overaskende, siden indikasjonen er i strid med analysens antydning om en sammenheng mellom høy snittformue og lavt snittforbruk av psykiatrisk takst per innb..

Kommunens frie inntekter består av rammetilskudd og skatteinntekter. Kommuner med høy snittskatt kan også bety høy snittformue. Dermed kan man anta at det er rike kommuner som har høy snittskatt. Mulige årsaker:

1) Det er stor sannsynlighet for befolkningen i rike kommuner til å få behandling hos spesialister. Siden rike kommuner bruker dens frie inntekter til å investere i taksten, eller har råd til å henvende pasienter til spesialister. Denne årsaken kan indikere en sammenheng mellom kommuner med høye frie disponible inntekter per innb. og høyt snittforbruk av psykiatrisk takst per innb.

2) Det er stor etterspørsel og stort tilbud etter å få behandling hos spesialister i rike kommuner, som krever høy skatt for å kompensere forbruket av takst 6160. En slik årsak kan indikere en sammenheng mellom kommuner med høye budne kostnader per innbygger og høyt snittforbruk av psykiatrisk takst per innb..

Snittinntekt var ikke signifikant i noen av takstene, noe som er overraskende. Det gis ingen indikasjon om det er en sammenheng mellom snittinntekt og variasjonen i snittforbruket av psykiatriske takster per innb.. Det gis heller ingen indikasjon om det er variasjon i forbruk av psykiatriske takster mellom rike og fattige kommuner ved å ta hensyn til snittinntekt.

Kommuner på Østlandet vs. Kommuner i de andre landsdelene

Analysen viser at kommuner i Helse Vest, Midt og Nord forbruker mindre i snitt av psykiatriske takster per innb. enn kommuner i Helse Sør-Øst. Viser til NAVs statistikk (2012) om sykefravær knyttet til psykiske lidelser. Det var høyest sykefravær i Telemark, Aust – Agder og Vest – Agder, og lavest i Sogn og Fjordane, Hordaland og Møre og Romsdal. (Brage, Nossen og Thune, 2012:s.33)

Analysen tyder på at det er størst forbruk i snitt av takst 6160 per innb. i kommuner på Sør-Østlandet. Man kan antyde at Regional Helse Sør – Øst forbruker mest av psykiske spesialisttjenester i forhold til de andre helseforetakene. Det kan indikere følgende:

1) Befolkningen i de andre landsdelene har bedre psykisk helse enn de på Sør-Østlandet. Det medfører lavere etterspørsel og lavere tilbud etter psykiske spesialisttjenester i de landsdelene.

2) Det er gode primærtjenester i kommuner i Helse Vest, Midt og Nord. Dermed er det lite behov for å henvende pasienter til spesialister.

3) Det er lite eller dårlige tilbud av psykiske primærtjenester i kommuner i Helse Vest, Midt og Nord. Det kan medføre lavere sannsynlighet for å oppdage alvorlig psykisk lidelse i de kommunene.

Antydningen nevnt ovenfor styrkes ved at analysen kan vise til visse fylker, Østfold, Vestfold og Telemark, på Sør-Østlandet, forbruker mer i snitt per innb. av takst 6160 enn visse fylker, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal, på Vestlandet. Dette funnet kan også ha en sammenheng med NAVs statistikk om sykefravær knyttet til psykiske lidelser.

Analysen viser ellers at fylker på Sør-Østlandet har større forbruk i snitt av psykiatriske takster per innb. enn fylker i de andre landsdelene (se resultater og vedlegg). Det gis en indikasjon om størst ressursbruk av psykiske tjenester på primært nivå i kommuner i Helse Sør-Øst.

6 Problemstilling del 2: Sammenheng mellom økonomiske virkemidler og bruken av psykiatriske takster

6.1 Resultater

Tabell 7: Sum utbetalt refusjon og total takst

	2011 – 2012	2012 – 2013		2011 – 2012	2012 - 2013	
	Sum utb. Ref.	Sum utb. Ref.	% endr. utb. Ref.	Tot. Takst	Tot. Takst	% endr. Tot. Takst
612a	32838000	33930200	3 %	164190	169651	3 %
615o	135897200	135501800	0 %	679486	677509	0 %
616o	28399750	30426000	7 %	113599	121704	7 %
625a	10204800	10686200	5 %	6378	6286	-1 %
625b	6502600	6714840	3 %	10660	10174	-5 %
660o	1594800	1805850	13 %	3544	4013	13 %
624a	558180	532665	-5 %	5316	5073	-5 %
624b	25468905	30299870	19 %	154357	159473	3 %
626o	686550	772950	13 %	4577	5153	13 %
621a	1729947	2070985	20 %	7253	7318	1 %
621b	49354248	54308372	10 %	135270	139104	3 %
621c	6903264	6987232	1 %	11651	11318	-3 %
621d	4631490	4661236	1 %	5784	5439	-6 %
623a	82234	69733	-15 %	266	233	-12 %
623b	1134165	1371359	21 %	2531	2997	18 %
623c	448176	455036	2 %	639	654	2 %
623d	329074	332920	1 %	351	359	2 %

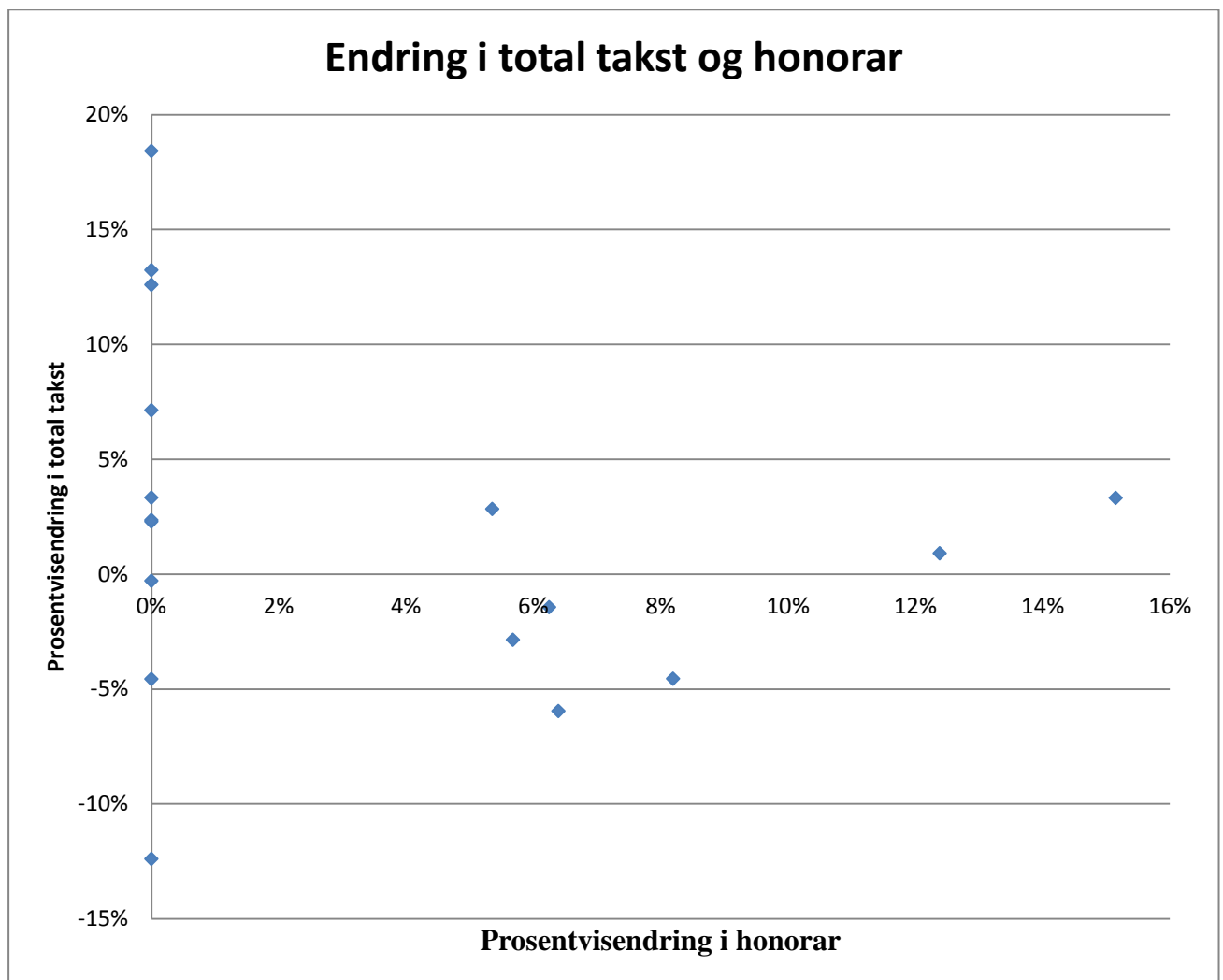
Det har vært prosentendringer av psykiatriske takster, utenom takst 615o, både i total utbetalt refusjon og total takst mellom de to periodene.

Tabell 8: Honorar, refusjons- og egenandel

	2011-12	2012-13		2011-12	2012-13		2011-12	2012-13	
	Hon.	Hon.	%endr. Hon.	Ref.	Ref.	%endr. Ref.	Egen.	Egen.	%endr. Egen
612a	200	200	0 %	200	200	0 %	0	0	#DIV/0!
615o	200	200	0 %	200	200	0 %	0	0	#DIV/0!
616o	250	250	0 %	250	250	0 %	0	0	#DIV/0!
625a	1600	1700	6 %	1600	1700	6 %	0	0	#DIV/0!
625b	610	660	8 %	610	660	8 %	0	0	#DIV/0!
660o	450	450	0 %	450	450	0 %	0	0	#DIV/0!
624a	105	105	0 %	105	105	0 %	0	0	#DIV/0!
624b	165	190	15 %	165	190	15 %	0	0	#DIV/0!
626o	150	150	0 %	150	150	0 %	0	0	#DIV/0!
621a	323	363	12 %	16	56	250 %	307	307	0
621b	467	492	5 %	160	185	16 %	307	307	0
621c	704	744	6 %	244	284	16 %	460	460	0
621d	938	998	6 %	324	384	19 %	614	614	0
623a	323	323	0 %	16	16	0 %	307	307	0
623b	509	509	0 %	202	202	0 %	307	307	0
623c	764	764	0 %	304	304	0 %	460	460	0
623d	1018	1018	0 %	404	404	0 %	614	614	0

Det har vært prosentendringer av visse psykiatriske takster i honorar og refusjonsandel mellom de to periodene.

Figur 4: Forholdet mellom prosentvisendring i honorar og total takst. Prosentvisendring i honorar ligger på X-aksen, mens prosentvisendring i total takst ligger på Y-aksen.



Variasjonsintervallet er større i prosentvisendring i total takst når det er ingen endring i honoraret, enn når det er endring i honoraret.

Tabell 9: Ingen prosentvisendring i honoraret

	% Endring i honorar	% Endring i total takst
612a	0 %	3 %
615o	0 %	0 %
616o	0 %	7 %
660o	0 %	13 %
624a	0 %	-5 %
626o	0 %	13 %
623a	0 %	-12 %
623b	0 %	18 %
623c	0 %	2 %
623d	0 %	2 %
	Snitt	4 %

Det er flest takster som har økt i total takst etter ingen endring i honoraret. Gjennomsnittet av prosentvis endring i total taksten er 4 %.

Tabell 10: Prosentvisendring i honoraret.

	% Endring i honorar	% Endring i total takst
621b	5 %	3 %
621c	6 %	-3 %
625a	6 %	-1 %
621d	6 %	-6 %
625b	8 %	-5 %
621a	12 %	1 %
624b	15 %	3 %
	Snitt	-1 %

Det er flest takster som har gått ned i total takst etter en økning i honoraret. Gjennomsnittet av prosentvisendring i total taksten er -1 %.

6.2 Diskusjoner

Påvirker honoraret antall hendelser?

Det var kun økning i honoraret i takster med tidkrevende arbeid og lengre tidsbehandlinger. Analysen kan vise at gjennomsnittet av prosentvisendring i total takst var lavere når det var økning i honoraret, enn når det var ingen endring i honoraret. Det må legges til at det var flest takster som hadde ingen endring i honoraret.

Allikevel er det et overraskende funn. Den økonomiske teorien handler om å gi fastleger monetære insentiver til å øke produksjonen av visse takster som har økt i honoraret. Fastleger ville ha fått større belønning for å øke produksjonen av de psykiatriske takstene etter en økning i honoraret. Men det har ikke skjedd i denne analysen, som viser at fastleger har senket produksjonen av visse psykiatriske takster etter en økning i honoraret. Det gis en indikasjon om lite sammenheng mellom en endring i økonomiske virkemidler og høyere forbruk av psykiatriske takster.

Økning i honorar og lengre tidsbehandlinger

Det var noen takster med lengre tidsbehandlinger som har økt i total utbetalt refusjon og total takst etter en økning i honoraret. Det kan tyde på en sammenheng mellom en økning i honoraret og en økning i bruken av takster med lengre tidsbehandlinger. Viser til takst 621a, 621b og 624b. Det er takster med behandlinger som varer i minst en halvtime. Takst 621a og 621b utføres på primært nivå. Studien antar at det er fastleger som utfører psykoterapier for individuelle og familier.

Det var noen takster med korte tidsbehandlinger som har sunket i total takst. Viser til takst 624a og takst 623a. Funnet kan ha en sammenheng med en økning i honoraret eller høyere honorar i takster med lengre tidsbehandlinger. Det kan tenkes at fastleger og spesialister foretrekker å tilby takster med lengre tidsbehandlinger til pasienter. Det innebærer at takster med korte tidsbehandlinger blir nedprioritert. I takst 624b ble det 19 % økning i total utbetalt refusjon og 3 % økning i total taksten etter at honoraret økte med 15 %. I takst 624a har total utbetalt refusjon og total takst gått ned med 5 % etter ingen endring i honoraret.

I takst 623b økte total utbetalt refusjon med 21 % og total taksten med 18 % selv om det var endring i honoraret. I takst 623a ble det 15 % reduksjon i total utbetalt refusjon og 12% reduksjon i total taksten etter ingen endring i honoraret. Det er en indikasjon om en

korrelasjon mellom lavere forbruk av takster med korte tidsbehandlinger og høyere forbruk av takster med lengre tidsbehandlinger.

Påvirker honorarets sammensetning (egenandel + refusjon) antall hendelser?

Det kan virke som at egenandelen påvirker pasientenes valg av tidsbehandling, ved at de velger den laveste egenandelen som gir lengst mulig tidsbehandling. Viser til takst 621a og 621b. Egenandelen lå på samme nivå i de to takstene. Total taksten var høyere i takst 621b enn i takst 621a. Viser også til takst 621c og 621d. Egenandelen var høyere i de to takstene enn i takst 621a og 621b. Refusjonsandelen har økt med 16 % i takst 621c og 19 % i takst 621d. Men total taksten har gått ned med 3 % i takst 621c og 6 % i takst 621d. Det er tegn på at pasienter foretrekker behandlinger som varer i minst en time pga. lave egenandeler.

På en annen side er det 2 % økning i total taksten i takst 623c og 623d. Det er takster som kun familier kan benytte seg av. Det kan tyde på at familier ikke tar hensyn til egenandelen når de skal velge en tidsbehandling.

Analysen antyder en sammenheng mellom en økning i refusjonsandelen og en økning i forbruket av psykiatriske takster. Viser til takst 621a, 621b og 624b. Det ble en økning i total utbetalt refusjon og total taksten etter en økning i refusjonsandelen. Det gis en indikasjon om en korrelasjon mellom en endring i økonomiske virkemidler og høyere forbruk av psykiatriske takster.

Behandling som varer i minst en time

Analysen antar at det vil bli større etterspørsel og større tilbud etter psykoterapi i minst en time fremover. Viser til takst 621b og 623b. Antakelsen er basert på en blanding av pasienter som velger den lengste tidsbehandlingen til den laveste egenandelen, og fastleger som ikke ønsker å tilby den korteste tidsbehandlingen pga. lavt honorar.

Betyr det at behandlingstid i minst en time er tilstrekkelig for pasienter og fastleger? Viser til artikkelen «Samhandling mellom psykiatrien og fastlegene – frem og tilbake like langt?» Tidsskrift for den norske legeforening i 2007

argumenterer Mouland og Kyvik (3) godt for at en «en time (felleskonsultasjon) med psykiater kan være nok» Studien viste at «når det ikke er behov for langvarig psykiatrisk utredning eller behandling, kan en times felles konsultasjon være nyttig. (Burman,2011:s.28)

Viser også til den samme artikkelen om mer tid til pasienter.

Mykletun et al (6) gjennomførte i 2010 telefonintervju med hundre fastleger om deres synspunkter på hvordan behandlingen av psykiske plager kunne bedres. De fleste rådene fra fastlegene om forbedring omhandlet økt kapasitet i annenlinjetjenesten, kompetanseheving blant fastlegene om diagnostisering og behandling av psykiske lidelser, og mer tid til pasienter med psykiske plager i allmennpraksis. (Burman,2011:s.28)

Lengre tid på primært nivå

Det kan tenkes at staten ønsker at pasienter og fastleger skal bruke lengre tid på primærtjenesten, istedenfor å bli henvendt til spesialisttjenesten. Takst 625a er en tidkrevende utredning for spesialister. Honoraret er høyt og har økt med 6 %. Det ble 5 % økning i total utbetalt refusjon, men total taksten har gått ned med 1 %. Takst 625b er også en tidkrevende utredning for spesialister. Taksten har høyt honorar og har økt med 8 %. Det ble 3 % økning i total utbetalt refusjon, men total taksten har gått ned med 5 %. Det må nevnes at taksten kan benyttes inntil to ganger i året.

Viser til litteraturen, «Forskning om forbruk av psykisk helsevern», som viste det var kortere behandlingsopphold ved institusjon og poliklinisk behandling for voksne på 90-tallet. (NE,2012:s.321) Analysen kan anta en sammenheng mellom funnet fra litteraturen og nedgangen i forbruket av takster med tidkrevende arbeid på spesialist nivå. Viser til SSBs rapport. Gjennomsnittlig liggetid har gått betydelig ned hos psykisk helsevern i perioden 2005 – 2013. En av årsakene til nedgangen er at «en del pasienter som tidligere var innlagt ved sykehusavdelinger med lange opphold, har blitt overført til kommunehelsetjenesten eller omsorgsboliger.» (SSB,2014)

Takst 615o og 616o

Takst 615o behandles på primært nivå, mens takst 616o handler om å få behandling på spesialist nivå. Det var ingen økning i honorarets sammensetning i de to takstene. Det var derimot 7 % økning i total utbetalt refusjon og totalt taksten i takst 616o, og ingen endring i total utbetalt refusjon og total taksten i takst 615o. I forhold til de to takstene, gis det en indikasjon om at pasienter ønsker å motta behandling fra spesialister enn fra sin egen fastlege.

Mulig årsak til at det var ingen økning i refusjons- eller egenandelen i takst 615o, kan ha noe med at behandlingen varer i minst 15 min. Det virker som at staten har fokusert på andre takster med behandlinger som varer lengre på primært nivå, ettersom det kun har vært en økning i honoraret i takster med lengre tidsbehandlinger på primært nivå. Mulig årsak til at det var ingen økning i refusjons- eller egenandelen i takst 616o, kan ha noe med statens ønske om å fokusere på primærtjenester.

Noen interessante tall

Studien er forbauset over økningen i refusjonsandelen i takst 621a. Den økte med 250 %. Det ble også 20 % økning i total utbetalt refusjon og 1 % økning i total taksten i samme taksten.

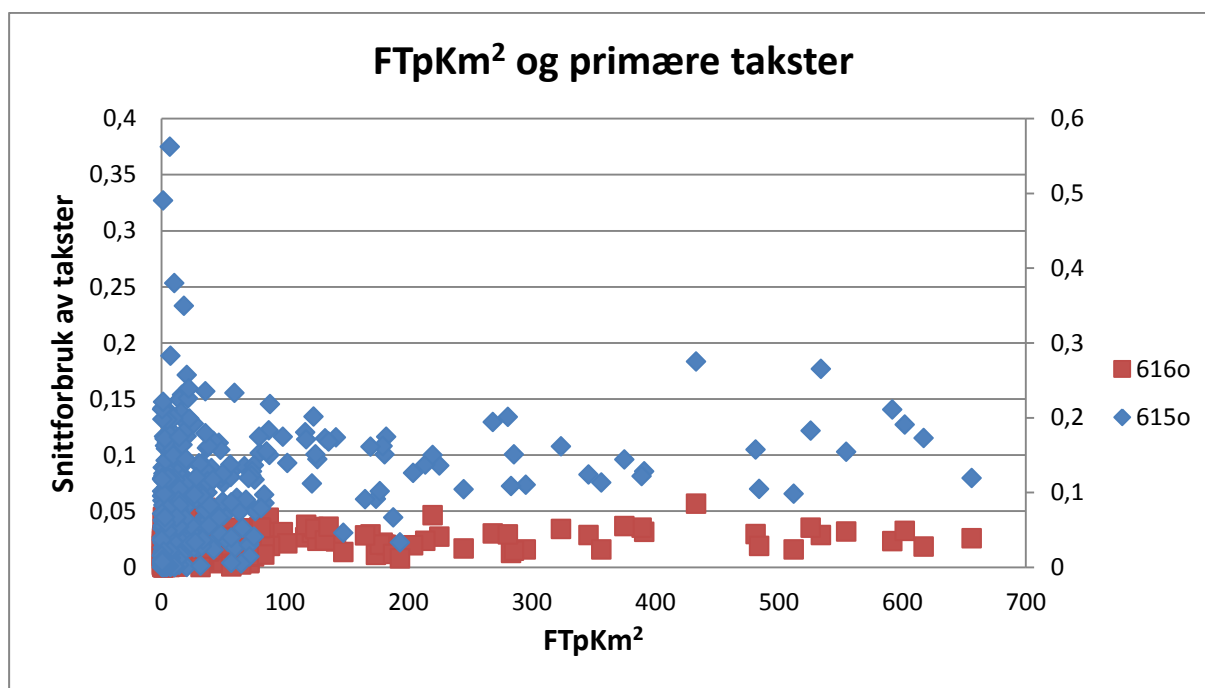
7 Figurer

Nedenfor vises det figurer som styrker og motstrir det som har blitt antydnet i studien.

Folketetthet (FTpKm²) ligger på X-aksen, mens snittforbruk av ulike psykiatriske takster ligger på Y-aksen.

Forholdet mellom folketetthet og takster på primært nivå

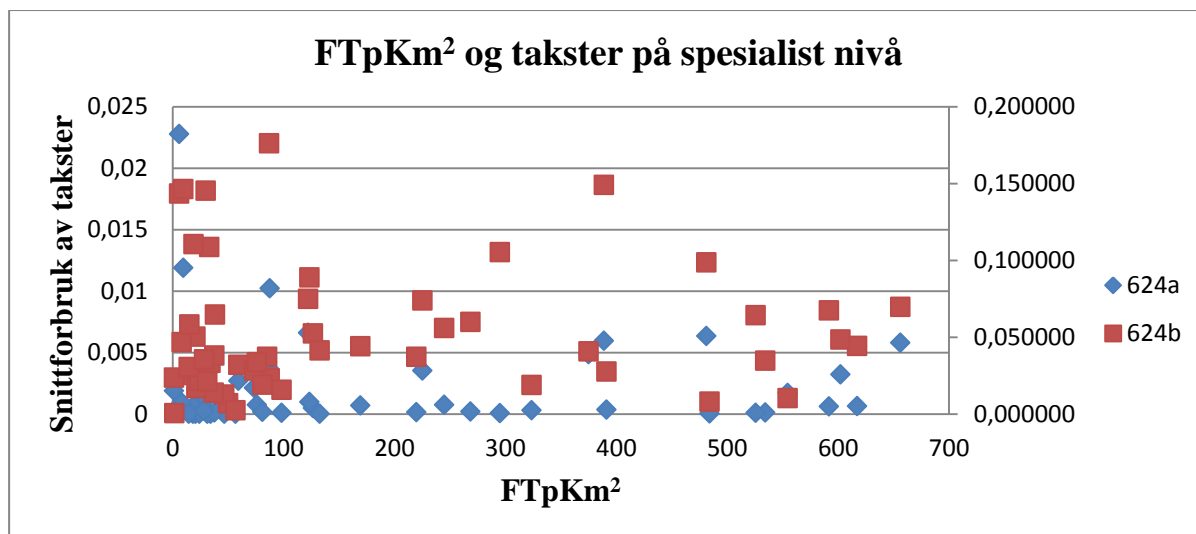
Figur 5: Forholdet mellom folketetthet og takst 615o og 616o



Figuren indikerer en korrelasjon mellom en økning i folketettheten og en økning i snittforbruket av takst 615o (samtaletterapi, minst 15 min.) per innb.. Det er høyere verdier i snittforbruket av takst 615o per innb. enn av takst 616o (henvisning til en spesialist).

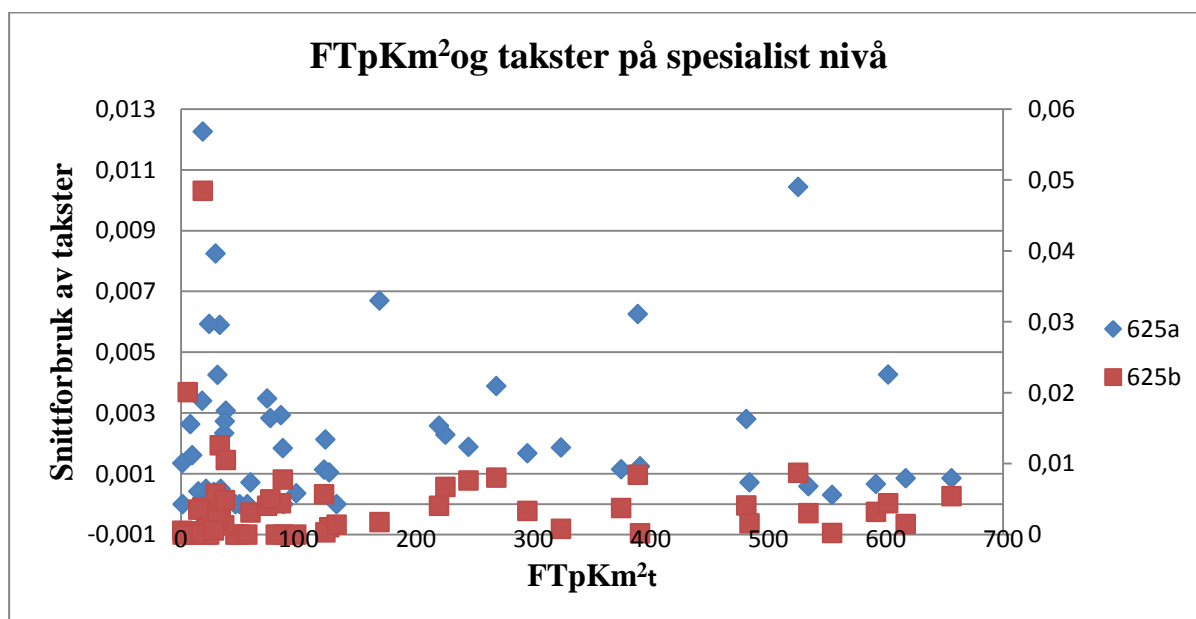
Forholdet mellom folketett og takster med tidkrevende behandling på spesialist nivå

Figur 6: Forholdet mellom folketetthet takst 624a og 624b



Figuren viser det er større snittforbruk av takst 624b (behandling minst 30 min) per innb. enn takst 624a (behandling per 30 min.) hos kommuner, som enten har registrert den ene, den andre eller begge takstene. Figuren gir indikasjon til en korrelasjon mellom en økning i folketettheten og en økning i snittforbruket av takst 624b per innb.

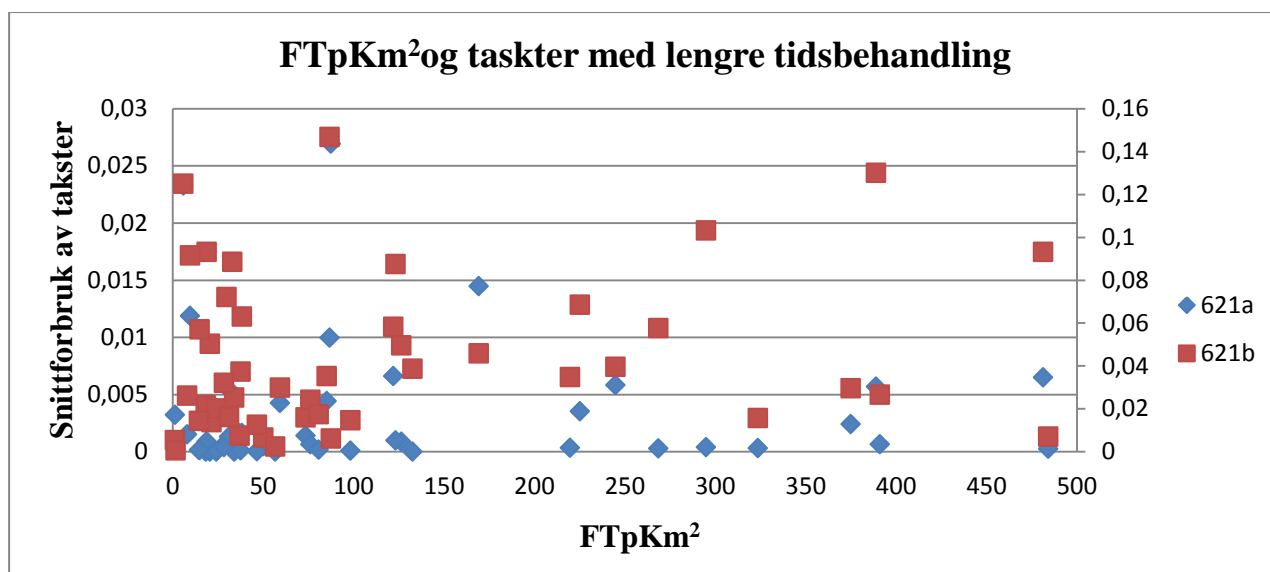
Figur7: Forholdet mellom folketetthet takst 625a og 625b



Figuren gir et lite tegn på samvariasjon mellom en økning i folketettheten og en økning i snittforbruket av takst 625a(grundig personlighetsvurdering) per innb..

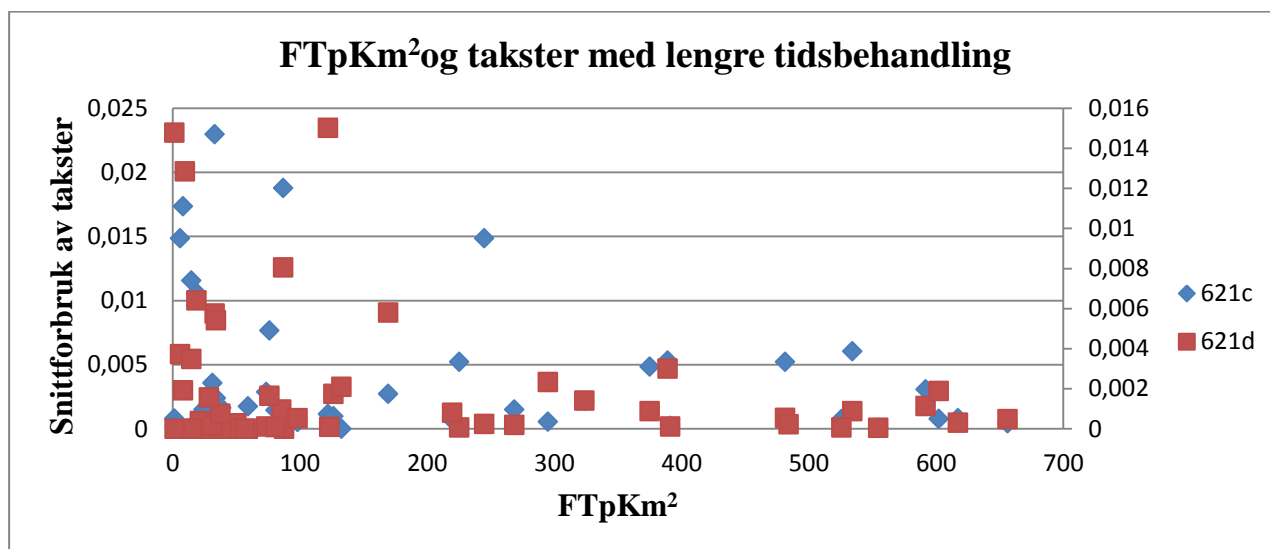
Forholdet mellom folketetthet og takster med lengre behandling på primært nivå

Figur 8: Forholdet mellom folketetthet takst 621a og 621b



Større snittforbruk av takst 621b per innb. enn 621a(psykoterapi, minst 30 min.) hos kommuner, som enten har registrert den ene, den andre eller begge takstene. Figuren antyder samvariasjon mellom en økning i folketettheten og en økning i snittforbruket av takst 621b (psykoterapi, minst 1 time) per innb.

Figur 9: Forholdet mellom folketetthet takst 621c(psykoterapi, minst 1 ½ time) og 621d (psykoterapi, minst 2 timer)



Figuren gir liten indikasjon på samvariasjon mellom høy folketetthet og høy snittforbruk av begge takstene per innb..

8 Konklusjon

Studien har sett på variasjonen i fastlegens bruk av psykiatriske takster til å si noe om fordelingen av etterspørsel og tilbud etter psykiske tjenester på primært nivå. Det gis støtte til en korrelasjon mellom variasjonen i bruken av psykiatriske takster og geografiske og økonomiske faktorer. Studien kan dermed bidra med antakelser og mulige forklaringer bak variasjonen i bruken av de psykiatriske takstene, og i forbruket av de psykiatriske takstene mellom kommunene.

Kan variasjonen i bruken av psykiatriske takster si noe om utviklingen av den psykiske helsen mellom kommuner?

Det gis støtte til en samvariasjon mellom en økning i folketettheten og en økning i snittforbruket av psykiatriske takster per innb.. Videre kan samvariasjonen indikere større etterspørsel og større tilbud etter psykiske tjenester i områder med stor folketetthet. Mulig årsak til større etterspørsel kan være pga. større sannsynlighet for å få psykiske behandlinger i områder med stor folketetthet. Større etterspørsel kan medføre større tilbud pga. større konkurranse om psykiske pasienter mellom fastleger i områder med stor folketetthet. Stor konkurranse kan forårsake en overbehandling av psykiske pasienter.

Studien antar at det er størst snittforbruk av psykiatriske takster per innb. i store kommuner, storbyer og byer. Antakelsen er basert på stor folketetthet og sentralisering av befolkningen i de områdene. Videre gis det støtte til en potensiell korrelasjon mellom forventet befolkningsvekst i kommuner rundt storbyer og en økning i snittforbruk av psykiatriske takster per innb.. Det kan medføre en potensiell mulighet for økt etterspørsel og tilbud etter psykiske tjenester i områder med forventet befolkningsvekst.

Det gis en indikasjon om en samvariasjon mellom høy snittalder og lavt snittforbruk av to psykiatriske takster per innb.. Det gir en mulighet til å anta at det er lavt snittforbruk i områder som har høy gjennomsnittsalder. Dvs. i de minste sentraliserte delene av landet, der folketettheten er lav og befolkningsveksten er lite forventet. Det kan indikere lav etterspørsel og lavt tilbud etter psykiske tjenester i områder med lav folketetthet og høy gjennomsnittsalder. Årsaken til lav etterspørsel kan være pga. lavere sannsynlighet for å få psykiske behandlinger i områder med lav folketetthet. Denne årsaken kan samsvare med eldre med depresjoner som ikke etterspør psykiske tjenester. Lav etterspørsel kan medføre lavt

tilbud pga. lav konkurranse om psykiske pasienter mellom fastleger i områder med lav folketetthet. Lav konkurranse kan medføre nedprioritering av denne pasientgruppa. Noe som kan tyde på lavere sannsynlighet for å oppdage pasienter med alvorlig psykisk lidelse i områder med lav folketetthet og høy gjennomsnittsalder.

Det er lite tegn på samvariasjon mellom snittinntekt og snittforbruk av psykiatriske takster per innb.. Studien kan derfor ikke si noe om det er variasjon i forbruk av psykiatriske takster mellom rike og fattige kommuner ved å ta hensyn til snittinntekt. Det er ergerlig, ettersom det hadde vært meget interessant å kunne si noe om mulige årsaker bak en samvariasjon mellom en endring i inntekt og en endring i forbruk av psykiatriske takster.

Det er tegn på en samvariasjon mellom høy snittformue og lavt forbruk av psykiatriske takster per innb.. Men det er også tegn på en samvariasjon mellom høy snittskatt og høyt forbruk av psykiatriske takster per innb.. Det er to samvariasjoner som motstrir hverandre. Studien har i alle fall fått muligheten til å si noe om forbruket av psykiske tjenester i rike kommuner. Det var blant annet antakelser om at rike kommuner er flinkere til å utvide primærtjenester, og at det er stor etterspørsel og stort tilbud etter å bli henvendt til spesialister i rike kommuner. Slike antakelser gir en mulighet til å indikere større sannsynlighet for å oppdage pasienter med alvorlig psykisk lidelse i rike kommuner.

Kan endringen i økonomiske virkemidler si noe om utviklingen av psykiske tjenester på primært nivå?

Det er oppdaget et interessant funn i studien. Gjennomsnittet av prosentviseendring i total takst er lavere når det er en økning i honoraret i visse takster, enn når det er ingen endring i honoraret i visse takster. Det var kun økning i honoraret i takster med tidkrevende arbeid og lengre tidsbehandlinger. Økningen kan være et signal på at fastleger skal bruke mer tid på psykiske pasienter. Den økonomiske teorien sier at det ville vært en økning i bruken av de psykiatriske takstene etter en økning i honoraret. Men studien kan vise at det har vært en reduksjon i bruken av visse psykiatriske takster etter en økning i honoraret. Studien antyder lite sammenheng mellom en endring i økonomiske virkemidler og høyere forbruk av psykiatriske takster.

Studiens analyse kan tyde på en korrelasjon mellom en økning i honoraret og en økning i forbruket av psykiatriske takster med lengre tidsbehandlinger. Videre er det en

indikasjon om en korrelasjon mellom lavere forbruk av psykiatriske takster med korte tidsbehandlinger og høyere forbruk av psykiatriske takster med lengre tidsbehandlinger.

Det gis en antakelse om en sammenheng mellom honorarets sammensetning og forbruk av psykiatriske takster. Antakelsen er basert på at egenandelen kan påvirke pasientenes valg av tidsbehandling, ved at de velger lavest egenandel som gir lengst mulig tidsbehandling, og at det er tegn på en sammenheng mellom en økning i refusjonsandelen og en økning i forbruket av psykiatriske takster.

Studien antar at det vil bli større etterspørsel og større tilbud etter psykoterapi i minst en time fremover. Antakelsen er begrunnet med en blanding av pasientenes etterspørsel etter den lengste tidsbehandlingen til den laveste egenandelen, og fastleger som lar være å tilby den korteste tidsbehandlingen pga. lavt honorar. Om minst en timesbehandling er god nok kvalitet, kan studien vise til andre rapporter som argumenter for at en timesbehandling er gunstig til hver enkel psykisk pasient.

Videre undersøkelser

Studien kan indikere mulige funn. Men den er ikke i stand til å ta standpunkter om årsakene bak funnene. Det er behov for videre undersøkelser som indikerer studiens funn, og forklaringer bak dem. SSB kan vise at kostnader for helsetjenester i psykisk helsevern har økt mer enn somatiske helsetjenester i et lengre tidsperspektiv.(SSB,2014) Samfunnet har fortsatt behov for å få bedre oversikt og kunnskap over psykiske tjenester som etterspørres og tilbys på primært nivå.

Litteraturliste

Scott, Anthony et al. "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians." *The Cochrane Library* (2011).

NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. Helse og Omsorgsdepartementet

Scott, Anthony. "Economics of general practice." *Handbook of health economics* 1 (2000): 1175-1200.

Croxson, Bronwyn, Carol Propper, and Andy Perkins. "Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme." *Journal of Public Economics* 79.2 (2001): 375-398.

Frey, Bruno S, and Reto Jegen. "Motivation crowding theory." *Journal of economic surveys* 15.5 (2001): 589-611.

Andersson, Helle Wessel. "Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter." *SINTEF A205 RAPPORTI* (2006).

Prop. 1 S (20-11 - 2012). Kap. 764 Psykisk helse Helse og Omsorgsdepartementet

Helseøkonomiskforvaltningen (2014). "Ny statistikk over allmennlegar sin takstbruk." Hentet fra <http://www.helfo.no/statistikk/analyser/Sider/ny-statistikk-over-allmennlegar-sin-takstbruk.aspx#.VNt9SHbKwy8>

Holte, Arne (2012). "Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser." *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* 49: 693-695

BURMAN, ROBERT A. "Samhandling mellom psykiatrien og fastlegene." *utposten* 6 (2011): 28.

Rundskriv H-09/98. Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal- og fylkeskommunal økonomi juni 1998. Kommunal og Moderniseringdepartementet.

Folkehelseinstituttet (2009). "Første omfattende rapport om status for psykiske lidelser i Norge." Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=80186>

Folkehelseinstituttet (2009). "Uførepensjonering for psykiske lidelser øker." Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=74212>

Folkehelseinstituttet (2011). "Psykiske plager - et betydelig folkehelseproblem." Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=80186>

Folkehelseinstituttet (2010). "Psykiske lidelser hos barn og unge." Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=84062>

Folkehelseinstituttet (2011). "Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk". Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>

NOU 2013:9. Ett politi - rustet til å møte fremtidens utfordringer. Justis og Beredskapsdepartementet.

Brage, Jon Petter Nosse, Inger Cathrine Kann og Olav Thune (2012). "Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000 - 2011." Arbeid og velferd 3/2012. Statistikk fra NAV.

Mykletun, Ann Kristin Knudsen og Arnstein Mykletun (2011). "Psykiske lidelser og arbeidsuførhet." Tidsskrift For Norsk Psykologforening 48: 739-744.

Ruud, Torleif et al. "Forskning om bruk av psykisk helsevern i Norge." *Norsk epidemiologi* 12.3 (2002): 319-325.

Helsedirektoratet (2014). "Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren." Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/sites/nokkeltall/Documents/nokkeltall.pdf>

Helsedirektoratet (2011). "Eldre og depresjoner." Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/eldre/eldre-og-depresjon/Sider/default.aspx>

Statistikk årbok 2013. Tabell 57: Folkemengd og areal, etter kommune. Statistisk sentralbyrå 2014

Midbøe, Oda Marie og Engebretsen, Dan Kåre (2013). "Leder landets fattigste kommune: Vant til å leve på lave inntekter", VG 18. oktober.

Statistisk Sentralbyrå (2013). "3. Gruppering av kommuner og fylkeskommuner." Hentet fra <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/3.gruppering-av-kommuner-og-fylkeskommuner>

Statistisk Sentralbyrå (2014). "Spesialisthelsetjenesten 2013." Hentet fra:
<http://www.ssb.no/speshelse/>

Vedlegg

Det vises kun signifikanstabeller for noen av takstene som har signifikante variabler.

Multippel regresjonsanalyse med RHF

Tabell: 621a

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	4,953E-05	,003	,988
FTpKm ²	1,656E-06	,000	,043
Sinnkt	1,223E-09	,000	,897
Sform	-6,583E-10	,000	,436
Sskatt	1,437E-08	,000	,569
Sald	-1,382E-05	,000	,824
Helse V	,000	,000	,194
Helse M	,000	,000	,171
Helse N	,000	,000	,158

FTpKm^{2***} < 0,05

Tabell: 624b

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	,008	,033	,819
FTpKm ²	4,612E-05	,000	,000
Sinnkt	1,535E-08	,000	,873
Sform	-1,105E-08	,000	,198
Sskatt	9,227E-08	,000	,719
Sald	,000	,001	,855
Helse V	-,008	,003	,013
Helse M	-,007	,003	,020
Helse N	-,008	,003	,018

FTpKm^{2*} < 0,01, Helse V^{**} < 0,05, Helse M^{**} < 0,05 og Helse N^{**} < 0,05.

Tabell: 625b

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	-,001	,004	,831
FTpKm ²	2,788E-06	,000	,012
Sinnkt	1,664E-09	,000	,897
Sform	-8,581E-10	,000	,452
Sskatt	8,133E-09	,000	,811
Sald	2,173E-05	,000	,795
Helse V	-,001	,000	,202
Helse M	-,001	,000	,041
Helse N	-,001	,000	,077

FTpKm²** < 0,05, Helse M** < 0,05 og Helse N** ** < 0,10.

Multipel regresjonsanalyse med fylker

Tabell: 621a

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	-,001	,004	,842
FTpKm ²	2,086E-06	,000	,027
Sinnkt	-4,665E-10	,000	,964
Sform	-1,174E-09	,000	,191
Sskatt	2,499E-08	,000	,387
Sald	-1,274E-05	,000	,849
Østfold	4,733E-05	,001	,939
Akershus	,000	,001	,688
Oslo	-,001	,003	,725
Hedmark	,001	,001	,319
Oppland	,000	,001	,391
Buskerud	,001	,001	,017
Vestfold	,000	,001	,537
Telemark	,000	,001	,680
Aust - Agder	,001	,001	,121
Vest - Agder	,000	,001	,846
Rogaland	-,001	,001	,414
Hordaland	,000	,001	,379
Sogn og Fjordane	-2,495E-05	,001	,965
Møre og Romsdal	,000	,001	,837
Sør - Trøndelag	-2,293E-05	,001	,968

Nord - Trøndelag	9,958E-05	,001	,863
Troms	,000	,001	,831
Finnmark	,000	,001	,762

FTpKm²** < 0,05 og Buskerud**<0,05.

Tabell: 624b

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	-,005	,036	,890
FTpKm ²	4,128E-05	,000	,000
Sinnkt	1,228E-09	,000	,991
Sform	-1,069E-08	,000	,241
Sskatt	1,999E-07	,000	,496
Sald	,000	,001	,877
Østfold	,004	,006	,541
Akershus	,003	,007	,651
Oslo	,034	,026	,182
Hedmark	,011	,006	,061
Oppland	,005	,006	,339
Buskerud	,004	,006	,552
Vestfold	,016	,007	,024
Telemark	,003	,006	,637
Aust - Agder	,014	,007	,034
Vest - Agder	,008	,007	,269
Rogaland	-,007	,006	,302
Hordaland	,003	,005	,533
Sogn og Fjordane	-,002	,006	,789
Møre og Romsdal	-6,738E-05	,005	,990
Sør - Trøndelag	-,002	,006	,772
Nord - Trøndelag	,003	,006	,661
Troms	,001	,006	,854
Finnmark	,000	,007	,970

FTpKm²*<0,01, Vestfold<0,05, Aust-Agder**<0,05 og Hedmark***<0,10.

Tabell: 625b

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	-,004	,005	,369
FTpKm ²	3,220E-06	,000	,011
Sinnkt	-3,493E-09	,000	,799
Sform	-7,723E-10	,000	,519
Sskatt	2,593E-08	,000	,503
Sald	7,165E-05	,000	,424
Østfold	,001	,001	,467
Akershus	,000	,001	,835
Oslo	,000	,003	,974
Hedmark	,000	,001	,541
Oppland	,001	,001	,431
Buskerud	,000	,001	,897
Vestfold	,001	,001	,552
Telemark	,000	,001	,651
Aust - Agder	,001	,001	,207
Vest - Agder	,004	,001	,000
Rogaland	-1,543E-06	,001	,999
Hordaland	,000	,001	,528
Sogn og Fjordane	-3,372E-05	,001	,964
Møre og Romsdal	,000	,001	,717
Sør - Trøndelag	,000	,001	,798
Nord - Trøndelag	,000	,001	,780
Troms	3,237E-05	,001	,967
Finnmark	,000	,001	,783

Vest-Agder* < 0,01 og FTpKm²** < 0,05.

Tabell: 660o

	B	Standardfeil	Sig.
(Constant)	,003	,003	,316
FTpKm ²	4,439E-07	,000	,517
Sinnkt	1,101E-09	,000	,883
Sform	2,436E-11	,000	,970
Sskatt	-1,255E-08	,000	,552
Sald	-2,325E-05	,000	,634
Østfold	,000	,000	,534
Akershus	,000	,000	,789
Oslo	-,001	,002	,733
Hedmark	,000	,000	,712
Oppland	3,004E-05	,000	,939
Buskerud	,000	,000	,822
Vestfold	,000	,001	,386
Telemark	,000	,000	,475
Aust - Agder	5,340E-05	,000	,911
Vest - Agder	,000	,000	,469
Rogaland	-7,389E-05	,000	,872
Hordaland	,000	,000	,582
Sogn og Fjordane	,000	,000	,515
Møre og Romsdal	4,885E-05	,000	,894
Sør - Trøndelag	-,001	,000	,229
Nord - Trøndelag	,000	,000	,272
Troms	,001	,000	,093
Finnmark	,000	,000	,361

Troms***<0,10.